

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA (UNICEUB)**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM DIREITO**  
**DOUTORADO EM DIREITO**

**GILLIAN SANTANA DE CARVALHO MENDES**

**O DRAMA DA MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTENCIPADAS DE VONTADE**  
**COMO INSTRUMENTO DE REALIZAÇÃO DO DIREITO**

**BRASILIA-DF**

**2020**

**GILLIAN SANTANA DE CARVALHO MENDES**

**O DRAMA DA MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTENCIPADAS DE VONTADE  
COMO INSTRUMENTO DE REALIZAÇÃO DO DIREITO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Direito e Políticas Públicas do Centro  
Universitário de Brasília (UNICEUB) para obtenção  
do título de Doutora em Direito  
Área de concentração: Direito e Políticas Públicas

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Frederico Augusto  
Barbosa da Silva

**BRASILIA**

**2020**

**GILLIAN SANTANA DE CARVALHO MENDES**

**O DRAMA DA MORTE DIGNA: AS DIRETIVAS ANTENCIPADAS DE VONTADE  
COMO INSTRUMENTO DE REALIZAÇÃO DO DIREITO**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Direito do Centro Universitário de Brasília, na área de concentração em Direito e Políticas Públicas, como requisito para alcançar o título de doutor.

**Aprovada em: 08/05/2020.**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Dr. Frederico Augusto Barbosa da Silva (Orientador – UNICEUB)**

---

**Prof. Dr. Jefferson Carús Guedes (UNICEUB)**

---

**Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy ((UNICEUB))**

---

**Prof. Dra. Luciana Barbosa Musse (UNICEUB)**

---

**Prof. Dr. Macell Leitão Cunha (UNINOVAFAP)**

Dedico este trabalho a meu pai, *in memoriam*,  
que se tivesse conhecido as diretivas  
antecipadas de vontade as tinha escrito para  
morrer em casa, nos braços de minha mãe.

## **AGRADECIMENTOS**

Não caminho só, nunca caminhei e nem caminharei há sempre um amparo, uma palavra, uma ideia, sinto-me grata pelas coincidências e descoincidências que os encontros me trazem.

São tantos para agradecer, e alguns talvez, nem saibam o porquê, mas o importante é que eu sei.

Primeiro gostaria de agradecer ao Centro Universitário UNINOVAFAPI que oportunizou a realização do Doutorado, em nome da Profa. Dra. Cristina Miranda, uma mulher incrível, com foco, com metas.

Depois à minha família, meu marido, Luis Lira, meus filhos, Ingrid Santana, Ângelo Jivaggo, Ian Lucas; minha mãe, Dalva Santana e a meus irmãos e cunhadas: José Augusto, Georges Thales, Jacob Stevenson, Ludmila Campelo, Irene Lustosa e Camila Ximenes.

Aos professores do Doutorado que acrescentaram vivências e leituras, em nome do Coordenador, Professor Dr. Marcelo Varella, que sempre cobrava empenho, medida na qual incentivava.

Aos professores doutores Luciana Musse, Jefferson Carús e Frederico Barbosa, que, na oportunidade da qualificação, deram-me passagem para a defesa, fazendo as sugestões e correções devidas, e o último, meu orientador, desde o início foi empático com o tema escolhido. Professor Fred, o Senhor não tem ideia de como fui feliz como sua orientanda. Muita gratidão.

Aos colaboradores da Coordenação do Doutorado: Marley Ribeiro e Fernando Portela. À bibliotecária da Justiça Federal, Eliana Valoais, às estudantes do Curso de Direito: Érica Fernanda, Juliana Lino, Nathalia Matos, e aos meus ex-alunos Davy Rezende, Ana Letícia, Lélío Guimarães.

Àqueles que me ouviram e me deram ideias, professores: Alexandre Batista, Auricélia Melo, Carminha Martins, Clea Mara, Cleber de Deus, Fábio Holanda, Geny Marques, Luíza Ivete, Marília Andrade, Macell Leitão, Marcos Daniel, Nazareno Reis, Nelson Juliano, Paulo Paiva, Ravana Basílio, Terezinha Nogueira, Theonas Pereira, Sidey Guerra, Verônica Acyole, Viviane Rios e Vanessa Rios.

Enfim, àqueles que vibraram positivamente para que este momento pudesse acontecer, e sei que não foram poucos.

Aos meus alunos razão e causa deste doutorado.

Viver é meu código e meu enigma. E quando eu morrer serei para os outros um código e um enigma. Despenhadeiros. Eu não sabia que o perigo é o que torna preciosa a vida. A morte é o perigo constante da vida.

Clarice Lispector



## RESUMO

A presente tese teve como objetivo verificar, diante dos avanços tecnológicos que conduzem a um prolongamento da vida, as diretivas antecipadas de vontade como instrumento de aplicação do direito à morte digna, tendo como sujeitos os pacientes fora de possibilidade terapêuticas atuais. A análise em questão perpassou pela aplicação dos princípios bioéticos da benevolência, autonomia e justiça e pelo respeito à vontade do paciente terminal em recusar tratamentos médicos ou intervenções cirúrgicas que deseja ou não receber no seu final de vida. Pôde-se apresentar a ortotanásia, vista como morte no seu tempo certo, mas carregada de cuidados com o paciente como uma forma de morte digna, bem como institutos correlatos: eutanásia, suicídio assistido e distanásia para que se pudesse diferenciá-los entre si, e informar como alguns países têm sobre eles legislado, antecipando a morte ou prolongando a vida, assim como também demonstrou-se como as religiões se posicionam. A falta de legislação expressa sobre as diretivas antecipadas de vontade e a morte digna, embora haja muitos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, impossibilita que o Poder Judiciário aplique nas suas decisões uma uniformidade. Com base no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana o Conselho Federal de Medicina publicou Resoluções, que possibilitam aos seus associados sigam preceitos humanistas, não obrigando seus pacientes a prolongarem a vida a qualquer custo, devendo respeitar as diretivas antecipadas de vontade, documento no qual se cerca o paciente fora de possibilidades terapêuticas para estabelecer parâmetros em relação ao tratamento que deseja receber e a serem obedecidos pela equipe médica e por sua família. No entanto, percebeu-se através das análises de decisões dos Tribunais de Justiça dos Estados que ainda há muito o que ser debatido e aprendido sobre morte digna e autonomia do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais e que as diretivas antecipadas de vontade seria o documento necessário à realização de tais direitos. O paciente em terminalidade, em geral, é visto como um incapaz civilmente, seja criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência, embora possam ter estas últimas capacidade plena, o que fere, a diretriz atual de promoção à dignidade da pessoa, no qual o instituto das incapacidades civis têm apoiadores, representantes ou assistentes para os negócios patrimoniais, que se diferenciam de negócios que cuidam da existência. Concluiu-se que as questões existenciais que circundam a morte digna do paciente em



terminalidade, deveriam ter barreiras apenas no discernimento da pessoa enferma, que a primeira vontade a ser respeitada para realização de qualquer tipo de procedimento médico-terapêutico ou cirúrgico deve ser a do paciente, depois do seu mandatário, caso tenha eleito um, em seguida da família e, na inexistência das pessoas anteriores, do médico, desde de que as vontades sejam lícitas e não obriguem o profissional da saúde à realização de atos contrários ao seu código deontológico. Concluiu-se, também, que muito o Conselho Federal de Medicina tem contribuído para ampliar o debate para a realização das diretivas antecipadas de vontade antes de procedimentos terapêuticos, que o Supremo Tribunal Federal poderia acolher a morte digna em um possível julgamento e que a doutrina, o poder legislativo e o poder judiciário, ainda não estão alinhados em alguns conceitos essenciais relativos ao tema, o que dificulta a tutela jurisdicional no caso concreto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diretivas antecipadas de vontade. Morte digna. Ortotanásia. Paciente terminal.

## **ABSTRACT**

The present thesis aimed to verify, in view of technological advances that lead to an extension of life, the anticipated directives of will as an instrument for the application of the right to dignified death, having as subjects patients out of current therapeutic possibilities. The analysis in question went through the application of the bioethical principles of benevolence, autonomy and justice and respect for the will of the terminal patient to refuse medical treatments or surgical interventions that he wishes or not to receive at the end of his life. Orthothanasia could be presented, seen as death in its own time, but charged with caring for the patient as a form of dignified death, as well as related institutes: euthanasia, assisted suicide and dysthanasia so that they could be distinguished from each other, and inform how some countries have legislated on them, anticipating death or prolonging life, as well as how religions have positioned themselves. The lack of express legislation on advance directives of will and dignified death, although there are many bills in progress in the National Congress, makes it impossible for the Judiciary to apply uniformity to its decisions. Based on the constitutional principle of the dignity of the human person, the Federal Council of Medicine published Resolutions, which allow its members to follow humanistic precepts, not forcing their patients to prolong their lives at any cost, and must respect the advance directives of will, document in which the patient is surrounded by therapeutic possibilities to establish parameters in relation to the treatment he wishes to receive and to be obeyed by the medical team and his family. However, it was realized through the analysis of decisions of the Courts of Justice of the States that there is still much to be debated and learned about dignified death and patient autonomy outside current therapeutic possibilities and that the advance directives of will would be the necessary document the realization of such rights. The terminally ill patient, in general, is seen as civilly incapacitated, be it a child, adolescent, elderly person or person with disabilities, although they may have the latter full capacity, which hurts, the current guideline to promote the person's dignity, in which the institute of civil disabilities has supporters, representatives or assistants for patrimonial businesses, which are different from businesses that take care of existence. It was concluded that the existential issues surrounding the dignified death of the terminally ill patient should have barriers only in the judgment of the sick person, that the first will to be respected for carrying out any type of medical-therapeutic or surgical procedure must be that of

the patient. patient, after his representative, if he has elected one, then the family and, in the absence of previous persons, the doctor, provided that the wishes are lawful and do not compel the health professional to perform acts contrary to his code of ethics . It was also concluded that the Federal Council of Medicine has contributed a lot to broaden the debate for the realization of the advance directives of will before therapeutic procedures, that the Federal Supreme Court could accept dignified death in a possible trial and that the doctrine , the legislative and the judiciary, are not yet aligned on some essential concepts related to the theme, which makes judicial protection in the specific case difficult.

**KEYWORDS:** Advance directives of will. Dignified death. Orthothanasia. Patient ends.

## SOMMARIO

La presente tesi mirava a verificare, alla luce dei progressi tecnologici che portano ad un prolungamento della vita, le direttive anticipate della volontà come strumento per l'applicazione del diritto alla morte dignitosa, avendo come soggetti i pazienti al di fuori delle attuali possibilità terapeutiche. L'analisi in questione è passata attraverso l'applicazione dei principi bioetici di benevolenza, autonomia e giustizia e rispetto della volontà del paziente terminale di rifiutare trattamenti medici o interventi chirurgici che desidera o meno ricevere alla fine della sua vita. L'ortotanasia è stata vista, vista come la morte nel suo momento giusto, ma accusata di prendersi cura del paziente come una forma di morte dignitosa, nonché di istituti correlati: eutanasia, suicidio assistito e distanasia in modo che potessero essere distinti l'uno dall'altro, e informare come alcuni paesi hanno legiferato su di loro, anticipando la morte o prolungando la vita, nonché in che modo le religioni si sono posizionate. La mancanza di una legislazione esplicita sulle direttive anticipate sulla volontà e sulla morte dignitosa, anche se ci sono molti progetti di legge in corso nel Congresso Nazionale, rende impossibile per la Magistratura applicare l'uniformità alle sue decisioni. Basato sul principio costituzionale della dignità della persona umana, il Consiglio Federale di Medicina ha pubblicato Risoluzioni, che consentono ai suoi membri di seguire i precetti umanistici, non costringendo i loro pazienti a prolungare la vita a tutti i costi e devono rispettare le direttive anticipate della volontà, documento in cui il paziente è circondato da possibilità terapeutiche di stabilire parametri in relazione al trattamento che desidera ricevere e di essere obbedito dal team medico e dalla sua famiglia. Tuttavia, è stato realizzato attraverso l'analisi delle decisioni della Corte di giustizia degli Stati che c'è ancora molto da discutere e imparare sulla morte dignitosa e l'autonomia del paziente al di fuori delle attuali possibilità terapeutiche e che le direttive anticipate sulla volontà sarebbero il documento necessario la realizzazione di tali diritti. Il malato terminale, in generale, è visto come incapace civile, sia esso un bambino, un adolescente, una persona anziana o una persona con disabilità, sebbene possano avere quest'ultima piena capacità, che fa male, l'attuale linea guida per promuovere la dignità della persona, in cui l'istituto per le disabilità civili ha sostenitori, rappresentanti o assistenti per le imprese patrimoniali, che sono diverse dalle imprese che si occupano dell'esistenza. Si è concluso che le questioni esistenziali che circondano la morte dignitosa del malato terminale dovrebbero avere barriere solo nel discernimento del

malato, che la prima volontà da rispettare per l'esecuzione di qualsiasi tipo di procedura medico-terapeutica o chirurgica deve essere quella del paziente. paziente, dopo il suo rappresentante, se ne ha eletto uno, allora la famiglia e, in assenza di precedenti, il medico, a condizione che i desideri siano leciti e non costringano il professionista della salute a compiere atti contrari al suo codice etico . Si è inoltre concluso che il Consiglio federale di medicina ha contribuito molto ad ampliare il dibattito per la realizzazione delle direttive anticipate sulla volontà prima delle procedure terapeutiche, che la Corte suprema federale poteva accettare la morte dignitosa in un possibile processo e che la dottrina , il legislativo e il potere giudiziario non sono ancora allineati su alcuni concetti essenziali relativi all'argomento, il che rende difficile la protezione giudiziaria nel caso specifico.

**PAROLE CHIAVE:** Direttive anticipate della volontà. Morte dignitosa. Orthothanasia. Terminale Paziente.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADPF - Ação Direta de Preceito Fundamental  
AFPERGS - Associação dos Funcionários Públicos do ERGS  
CCB - Código Civil Brasileiro  
CCJC - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania  
CDC - Código de Defesa do Consumidor  
CAS - Comissão de Assuntos Sociais  
CEM - Código de Ética Médica  
CFT - Comissão de Finanças e Tributação  
CF - Constituição Federal  
CFJ- Conselho Federal de Justiça  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CNBB- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
CNJ - Conselho Nacional de Justiça  
CNTS - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde  
CPC - Código de Processo Civil  
CPU – Código Penal Uruguaio  
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade  
DOU - Diário Oficial da União  
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos  
DPAHC - Durable Power of Attorney for Health Care  
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente  
ENEM - Exame Nacional do Ensino Médico  
EPCD – Estatuto da Pessoa com Deficiência  
EVP - Estado Vegetativo Persistente  
HCM - Hospital Estadual Dr. Carlos Macieira  
HUE - Hospital Universitário Evangélico  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IML - Instituto Médico Legal  
INCOR- Instituto do Coração  
LINDB - Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro  
MP- Ministério Público

MPF - Ministério Público Federal

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OEA- Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

POLST - Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

RENTEV- Registro Nacional do Testamento Vital

SECPAL - Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

STJ - Superior Tribunal de Justiça

STF - Supremo Tribunal Federal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEDH - Tribunal Europeu de Direitos Humanos

TJ – Tribunal de Justiça

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNIMED- Cooperativa de Trabalho Médico Limitada

USP - Universidade de São Paulo

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>  | 18  |
| <b>2</b> | <b>REPRESENTAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE JUIZ, MÉDICO E PACIENTE EM TERMINALIDADE NO BRASIL</b>                                | 27  |
| 2.1      | CASO JOSÉ HUMBERTO   | 27  |
| 2.2      | CASO DRA. VIRGÍNIA HELENA  | 31  |
| 2.3      | CASO ROBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA   | 38  |
| <b>3</b> | <b>BIOÉTICA, BIODIREITO E A RELIGIÃO COMO COAJUVANTES NO DIREITO À MORTE DIGNA</b>   | 42  |
| 3.1      | BIOÉTICA E BIODIREITO  | 44  |
| 3.2      | OS PRECEITOS RELIGIOSOS EM TORNO DO DIREITO À MORTE DIGNA  | 61  |
| 3.3      | O DIREITO À VIDA, O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEUS PRINCÍPIOS GRAVITADORES                                 | 68  |
| 3.4      | DIREITO A UMA MORTE DIGNA  | 85  |
| 3.5      | PACIENTE TERMINAL E A NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS   | 91  |
| <b>4</b> | <b>INSTITUTOS QUE ENVOLVEM A TERMINALIDADE DA VIDA: EUTANÁSIA, SUÍCIDIO ASSISTIDO, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA, NO BRASIL</b> | 98  |
| 4.1      | EUTANÁSIA  | 99  |
| 4.2      | SUÍCIDIO ASSISTIDO   | 107 |
| 4.3      | DISTANÁSIA   | 111 |
| 4.4      | ORTOTANÁSIA  | 116 |
| <b>5</b> | <b>ATOS DE DISPOSIÇÃO DA VIDA: UMA VISÃO DA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA</b>   | 121 |
| 5.1      | NO CONTINENTE EUROPEU: HOLANDA, BÉLGICA, SUÍÇA, LUXEMBURGO E PORTUGAL  | 121 |
| 5.2      | AMÉRICA DO NORTE: CANADÁ E ESTADOS UNIDOS  | 131 |
| 5.3      | AMÉRICA DO SUL: COLÔMBIA E URUGUAI   | 135 |
| <b>6</b> | <b>AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE TERMINAL</b>   | 138 |



|   |            |
|---|------------|
| 6.1 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: TESTAMENTO VITAL E MANDATO DURADOURO.....   | 139        |
| 6.2 DAS INCAPACIDADES .....   | 148        |
| 6.3 A IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA PRIVADA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO .....   | 152        |
| <b>6.3.1 Autonomia privada dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais.....</b>                                  | <b>157</b> |
| <b>6.3.2 Autonomia da vontade da criança e do adolescente .....</b>   | <b>160</b> |
| <b>6.3.3 Autonomia da vontade do idoso.....</b>   | <b>166</b> |
| <b>6.3.4 Autonomia da vontade da pessoa com deficiência .....</b>   | <b>173</b> |
| <b>7 LACUNAS LEGISLATIVAS E CONFUSÕES INTERPRETATIVAS QUANTO A PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPEUTICAS ATUAIS .....</b> | <b>179</b> |
| 7.1 AS MEDIDAS DE TENTATIVA DE LEGALIZAÇÃO DA MORTE DIGNA AO PACIENTE TERMINAL: OS PROJETOS DE LEI.....                       | 180        |
| 7.2 A EUTANÁSIA, O SUICÍDIO ASSISTIDO E A ORTOTANÁSIA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO.....  | 189        |
| 7.3 A MORTE DIGNA NA LEGISLAÇÃO CIVIL INFRACONSTITUCIONAL .....   | 195        |
| 7.4 RESOLUÇÕES DO CFM. O VALOR JURÍDICO DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA .....                                  | 204        |
| <b>7.4.1 Resolução Nº 1.805/2006 do CFM .....</b>   | <b>208</b> |
| <b>7.4.2 Resolução n.º 1.995/2012 do CFM .....</b>  | <b>218</b> |
| <b>7.4.3 Resolução n.º 2.232/2019 do CFM .....</b>  | <b>225</b> |
| 7.5 AS DECISÕES DOS TRIBUNAIS: A METODOLOGIA APLICADA PARA ANÁLISE DO CONTEXTO JURÍDICO SOBRE A ORTOTANÁSIA.....              | 229        |
| 7.5.1 Reconhecimento das diretivas antecipadas de vontade nos Tribunais ...   | 232        |
| 7.5.2 O representante do paciente incapaz aos olhos dos tribunais .....   | 236        |
| 7.5.3 O reconhecimento do direito à ortotanásia nos Tribunais .....   | 243        |
| 7.6 A VISÃO DO STF SOBRE A MORTE COM INTERVENÇÃO ANALISADA SOB O OLHAR DA DECISÃO DA ADPF 54 .....                            | 249        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>257</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>268</b> |
| <b>ANEXO A – MODELO DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE.....</b>  | <b>303</b> |
| <b>ANEXO B – SÍNTESE CONCEITUAL .....</b>  | <b>304</b> |
| <b>ANEXO C - QUADRO COMPARATIVO DOS INSTITUOS QUE ENVOLVEM A<br/>TERMINALIDADE DA VIA- PAÍSES SELECIONADOS .....</b> | <b>306</b> |
| <b>ANEXO D- APLICAÇÃO ATUAL E FUTURA DAS DAVs.....</b>   | <b>310</b> |
| <b>ANEXO E- CARTILHA DE LUXEMBURGO .....</b>   | <b>315</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Vida digna até o fim, é o que deve ser. A partir do Século XX tem-se observado profundos avanços na Medicina, fenômenos que se multiplicam e passam a fazer parte do dia a dia das pessoas, buscando evitar a morte com diagnósticos e tratamentos preventivos, mapeamento de DNA que possibilita a identificação de alterações nos genes, que indicam tumores, doenças hereditárias e outras condições graves. A medicina passou por um grande avanço, afinal, é possível “prever o futuro” do indivíduo e já tomar medidas preventivas antes que uma doença o acometa.

Contudo, embora existam as tecnologias significativas para o controle e banimento de enfermidades, tornando cada vez mais longa a vida, em face dos novos tratamentos, aparelhos com alta resolução de diagnósticos, drogas medicinais poderosas, por mais inesperada que seja, precedida ou não de alguma enfermidade, a morte é certa. Deve ser reconhecida a finitude, por mais que o homem contemporâneo a negue, buscando em vão medidas que prolongue sua vida por mais dias.

O Direito, tendo em vista as discussões acerca das inovações que trazem o progresso tecnológico não tem conseguido, com a mesma celeridade dispor de ferramentas necessárias para solucionar as novas demandas que surgem, e as lacunas vão se avolumando, dentre elas conceitos e formas de obtenção de uma morte digna. Faltam dispositivos que promovam documentos que se extraíam requisitos necessários para que a vontade da pessoa, especialmente, do paciente fora de condições terapêuticas atuais, quando incapaz, sirva de bússola para conduzir sua equipe médica e família em direção aos seus desejos de final de vida, evitando assim demandas judiciais e conflitos familiares, sendo o principal deles, as diretivas antecipadas de vontade. E enquanto a legislação é lacunosa, a sociedade não para, impõe ações, adequações normativas, decisões judiciais.

Certo que os pacientes vão aos hospitais imbuídos de esperança no tratamento aconselhado pelo médico para obterem a cura, o que ocorre em muitos casos, no entanto, existem situações em que há inequivocamente uma irreversibilidade do estado de saúde que se encontra o paciente, seja por conta

de uma doença crônica e irreversível, seja por sua manutenção em aparelhos artificiais, que podem postergar uma *pseudo* vida de forma até indefinida, promovendo, na maior parte das vezes, uma morte lenta e sofrida, dolorosa não só para o próprio paciente, mas para todos os que participam daqueles últimos momentos.

Saber o que fazer com paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais (ou paciente terminal, como é mais conhecido), quando estiver em estado de inconsciência, faz como que se oportunize interdisciplinaridade do Direito com a Medicina, poder alcançar conceitos e princípios de bioética e biodireito, identificando o que deve ser recomendado, de forma ética, à equipe médica diante dos avanços tecnológicos. A religião, também, é um preceito moral, que inibe certos atos e aconselha outros, ainda se tem no Brasil forte obediência aos preceitos religiosos.

A discussão sobre a morte digna ao paciente terminal é extremamente difícil porque transpassa por discussões que envolvem questões éticas, religiosas, filosóficas, sociais, econômicas e jurídicas. Embora, o estudo pontualmente trate sobre questões éticas e religiosas, a contenda é jurídica porque o princípio do direito à vida é garantido na Constituição Federal, assim como o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, também o é.

O que é fundamental é que todos tenham uma vida digna até o seu fim, portanto, uma morte digna, de acordo com as suas experiências, seus valores e sua religião, tendo as diretivas antecipadas de vontade como instrumento de concretização.

O paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, quando não vê perspectiva de uma vida que lhe proporcione o mínimo de dignidade e respeito, a morte se torna muitas vezes desejada, o que lhe faz pensar em fugir do progresso científico, voltando-se para eutanásia ou no suicídio assistido, que são medidas antecipatórias da morte, ao invés de tentar prolongar sua vida a qualquer custo, como ocorre na distanásia. Ocorre que a medicina não serve apenas para curar, mas para aliviar o sofrimento, por isto, ultimamente, tem-se ouvido falar mais em cuidados paliativos, uma forma de esperar a morte ao seu tempo certo, com o maior conforto possível, evitando o sofrimento, é a ortotanásia.

Não se pode recomendar alguém retirar a vida ou auxiliar na extinção da vida de outrem, até porque no Brasil, tanto a eutanásia assim como o suicídio assistido são considerados crimes, no entanto, provar-se-á que a ortotanásia não é crime no país, que poderá ser devidamente aceita nos embates jurídicos, quando há correspondência entre sua nomenclatura e os conceitos que compõem.

Certo que os que respeitam a lei e que estejam em estado de terminalidade e não desejam quantidade de dias e sim qualidade de dias, como dispõem a ortotanásia, não devem seguir abandonados, pelo contrário, devem ser acolhidos, a partir de cuidados paliativos, cuidados estes promovidos por uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo melhorar a qualidade dos dias daquele cuja morte é iminente, para que possam morrer com dignidade, evitando dores de ordem física, psíquica ou espiritual, amenizando o sofrimento .

Até bem pouco tempo, somavam-se nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) dos hospitais apenas pacientes em decorrência de um pós-operatório ou algum trauma sofrido, hoje ela acolhe pessoas em estado fora de possibilidades terapêuticas atuais, em razão de uma doença crônica ou por conta de um estado vegetativo persistente (EVP). Portanto, não pode deixar de considerar que muitos dos pacientes que encontram-se em coma, sem perspectiva de retorno, gostariam de não ter sua morte tão protelada por conta da ciência e, por outro lado, os médicos não querem lhe perder para a morte. A vontade o paciente em não permanecer em EVP poderia salvar a vida de outros pela chance da vaga de leito na UTI.

Em algumas situações, embora esteja o paciente com sofrimento contínuo e sem cura possível, o médico recomenda tratamentos que não vão aliviar a dor e que tornam ainda mais difícil a vida e a rotina do enfermo, tratamentos estes considerados fúteis, que nem sempre condiz com o seu desejo, por isto a importância de serem definidos parâmetros para condução da morte digna ao paciente terminal, o que já é feito em muitos países.

Como o Poder Judiciário deverá decidir na aplicação à morte digna em relação aos pacientes fora de possibilidade terapêutica atual? Um documento importante seria contar com as diretivas antecipadas de vontade (DAV), vista como a vontade expressa da pessoa consciente e capaz sobre os procedimentos

que devam ser realizados como tratamento ou intervenções, como instrumento que possibilita a morte digna.

As diretivas antecipadas de vontade apresentam-se pois como uma possibilidade jurídica de promover a morte digna em um paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais. Contam as DAVs de um documento expresso sobre quais os procedimentos médicos e tratamentos que o sujeito, por sua autodeterminação, gostaria de receber quando não estivesse mais em condições de exercer sua vontade livre e consciente, até para que possa auxiliar a conduta do médico sobre as medidas juridicamente possíveis de terminalidade.

É por conta da vontade do paciente que as DAVs são escritas, o que leva a uma discussão mais ampla acerca do tema sobre a autodeterminação do paciente em terminalidade em fazer valer a morte digna para si, em suas variadas categorias de vulnerabilidade: como criança e adolescente, idoso e deficiente físico. A vontade do paciente é o ponto de início de qualquer procedimento administrativo ou contenda jurídica sobre a morte digna, perpassando pelo dever de informação e compartilhamento pelo médico das possibilidades ou não de tratamento da enfermidade, e ainda dos custos/benefícios.

Deve ser rompido na sociedade brasileira o tabu de se falar sobre morte, até porque ela é inevitável, por mais que haja o progresso tecnológico, a morte pode ser adiada, mas é certa e o direito deve avançar em sua legislação na promoção de uma morte digna para todos.

O ordenamento jurídico brasileiro deve ser mais explícito quanto às questões da morte, afinal os procedimentos médicos podem fazer com que a morte possa ser adiada a qualquer custo? Com ou sem sofrimento do paciente? Por encontrarem-se em um estado de vulnerabilidade, frágeis por conta da doença, o médico é quem vai direcionar, unicamente, o seu tratamento, é dele a última palavra? O médico está obrigado a salvar a vida do paciente, mesmo que o deixe em sofrimento contumaz? Como ocorre uma morte digna? Como se disciplina o tratamento ou as intervenções cirúrgicas pelas quais não se deseja passar? O fato de não existir regulamento específico sobre as diretivas antecipadas de vontade no Brasil, impede a aplicação de morte digna, quando este é o desejo do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais? São

perguntas cujas respostas perpassam pelo viés doutrinário, legal e, algumas vezes, jurídico.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) foi o primeiro a se pronunciar sobre as diretivas antecipadas de vontade, que é gênero do qual são espécies o mandato duradouro e o testamento vital. O CFM, também, trouxe determinações aos seus associados acerca da ortotanásia, aprovando o procedimento do médico que limite ou suspenda os procedimentos que prolonguem a vida do enfermo, se esta for a sua vontade. A legislação nacional é omissa sobre estes termos, embora repleta de projetos de lei que tramitam vagarosamente no Congresso Nacional.

Não é de conhecimento que tenha chegado ao Supremo Tribunal Federal causa que tenha como substrato a morte digna, a única decisão que se assemelha foi o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.º54, garantindo a interrupção terapêutica da gestação de feto anencéfalo.

O que se pretende é realizar uma pesquisa qualitativa, observando se doutrina, a lei, os projetos de lei, resoluções e as decisões judiciais respondem satisfatoriamente a realização da morte digna, tendo como documento norteador as diretivas antecipadas de vontade, em prol dos pacientes fora de possibilidades terapêutica, apresentando, inicialmente, casos, conceitos, comparando instituições, verificando a norma em vigor nacional e internacional, as que estão em prelo e as decisões judiciais, para ao fim de um raciocínio reflexivo e crítico, possa ser lançada uma análise de dados com proposta para melhor aplicação do direito ao caso concreto.

Levanta-se como hipótese que é possível a prática da morte digna através da ortotanásia no Brasil, tendo como instrumento para a realização deste direito as diretivas antecipadas de vontade e que ainda há confusões doutrinárias e judiciais entre termos como eutanásia e ortotanásia.

A fim de que essa pesquisa possa ser disseminadora de novos estudos e conhecimentos, utilizando o método hipotético-dedutivo, demonstrar-se-á o que se dispõe na literatura jurídica através de livros, artigos, teses, dados de pesquisa e jurisprudência na procura de confirmar que a aprovação de projetos de lei no ordenamento jurídico brasileiro trate sobre as diretivas antecipadas de vontade que fundamenta a morte digna, especialmente, para os pacientes em

terminalidade unifica e facilita as decisões no do poder judiciário e realiza o direito . Os critérios hermenêuticos a serem apresentados para enfrentar e atingir o objetivo traçado serão as normas internacionais ratificadas pelo Brasil, as normas constitucionais e infraconstitucionais, relacionando-as com as normas éticas postas pelo CFM.

Portanto, o objetivo geral do presente trabalho é verificar da doutrina, legislação e aplicação da morte digna no Brasil no judiciário aos pacientes em terminalidade tendo como meio as diretivas antecipadas de vontade, estabelecendo características, critérios para assegurar tanto a não criminalização da conduta do médico, quanto a autonomia da vontade daquele paciente. Para tanto declinar-se-á uma ordem de construção de pensamento para o desenvolvimento do estudo, que será dividido em seis capítulos.

No primeiro capítulo apresentar-se-á situações que envolvem casos que repercutiram na mídia e que se houvesse uma legislação mais clara acerca da morte digna, das diretivas antecipadas de vontade e dos direitos do paciente fora de possibilidades terapêuticas, auxiliariam o paciente, às famílias e equipe médica nas suas condutas. A exposição dos casos será feita de forma descritiva, apresentando sua análise somente nas considerações finais.

Serão apresentados três casos, que foram escolhidos em razão da grande repercussão social, especialmente, nas mídias sociais, o caso do José Humberto, um jovem maior de 18 anos, com doença crônica, lúcido, cuja mãe interpôs uma ação judicial para que o Poder Judiciário o obrigasse a realizar hemodiálise; o segundo caso é da médica inocentada por realizar eutanásia nos pacientes da UTI; e o último caso, o do Roberto Rodrigues de Oliveira que tirou a vida de seu irmão, a pedido dele, por não suportar mais viver.

A exposição dos casos se justifica para que o leitor possa verificar que são situações corriqueiras, que podem acontecer com qualquer um, ou na família, e que durante o estudo, se demonstrará conceitos, características, bem como parâmetros para resolução das demandas que possam surgir no judiciário com questões afins, ao final do estudo pretende-se retoma-los, de forma a apresentar a importância da realização das diretivas antecipadas de vontade.

Em seguida, serão abordados os conceitos de bioética e biodireito, explanados os princípios da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, com o olhar para o paciente em terminalidade, definido a necessidade



do termo de consentimento livre e esclarecido, para que se possa estabelecer uma relação e um limite entre os avanços tecnológicos e os princípios éticos, princípios estes que, explícita ou implicitamente, podem ser observados no desenvolvimento de todo o trabalho.

Enquanto a bioética estabelece os princípios que devem ser aplicados à contemporaneidade, na ideia de respeito ao ser humano e sua dignidade, o biodireito, por sua vez, estabelece sanções éticas-normativas pelo descumprimento daqueles preceitos, que podem ser observados no Código de Ética Médica.

Assim, após as bases teóricas fornecidas pela bioética e pelo biodireito tratar-se-á sobre as definições que envolvem o direito à vida e o direito à morte digna do paciente fora de condições terapêuticas, observando os preceitos religiosos quanto à estas questões, com a finalidade de defender a morte digna de acordo com as crenças e valores pessoais daquele doente.

No terceiro capítulo, serão abordados os institutos que envolvem a terminalidade da vida, em particular, a eutanásia (morte provocada por alguém para abolir o sofrimento de outrem), o suicídio assistido (auxílio de alguém para que possa retirar sua própria vida), a distanásia (prolongamento da vida a qualquer custo) e a ortotanásia (espera da morte ao tempo certo, cercado de cuidados paliativos).

Como forma de antecipação da morte, pode-se falar em eutanásia social, a mistanásia, contudo, não será objeto desta discussão, porque esta morte é anterior ao tempo certo, assim como a eutanásia, no entanto, provocada por questões políticas e sociais de abandono à pessoa, muitas vezes, o indivíduo não consegue nem se tornar paciente em face da falta de estrutura do órgãos de saúde do Estado, o exercício de sua autonomia de vontade seria a busca de direitos por melhores condições para continuar vivendo, o que foge ao estudo proposto.

Para que se possa observar a liberdade da morte digna no direito estrangeiro, será verificado no quarto capítulo, normas sobre cuidados paliativos, diretivas antecipadas de vontade e legalidade quanto à morte assistida em países do continente europeu, na América do Sul e América do Norte, elaborando uma descrição da legislação comparada.

No quinto capítulo, almejando demonstrar que as diretivas antecipadas de vontade é um documento seguro para que se possa tratar sobre questões relacionadas ao tratamento médico que se deseja receber ao final da vida, serão expostas suas características: forma, validade, revogabilidade, legitimidade, oportunidade na qual, tratar-se-á sobre a capacidade das pessoas na realização das diretivas antecipadas de vontade, os limites da autonomia da vontade, observando assim sua validade para crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, todos fora de condições terapêuticas atuais, que por esta última condição presume-se veem suprida sua vontade consciente.

Considerar pessoas crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência todas fora de possibilidades terapêuticas atuais é acentuar a fragilidade que lhes comporta, estes indivíduos, muitas vezes, não são ouvidos, e não conseguem valer seus direitos quanto à uma morte digna.

No último capítulo, buscar-se-á demonstrar as lacunas legislativas no que se refere à morte digna, a ortotanásia, às diretivas antecipadas de vontade (juntar-se-á, em anexo, um modelo de DAV) e o que o Congresso Nacional está fazendo a este respeito, Verificar-se-á, também, a licitude da ortotanásia, enquanto morte digna, como ela poderá ser vista hoje, no Código Penal Brasileiro, bem como no seu anteprojeto que tramita no Congresso Nacional. No âmbito civil, procurar-se-á apresentar a possibilidade que a pessoa capaz possui de valer seu direito quanto ao tratamento que deseja ou não realizar fundamentado no Código Civil Brasileiro. Serão demonstradas as principais Resoluções do Conselho Federal de Medicina que tratam sobre o tema e discutir-se-á o seu valor jurídico.

A demonstração das lacunas legislativas sobre as diretivas antecipadas de vontade e o direito à morte digna dá ensejo a outra verificação, a de como as questões sobre ortotanásia e distanásia, e conseqüentemente, a morte digna são solucionadas pelo Poder Judiciário, através da análise e discussão de casos julgados. Somente serão analisados casos já julgados até 2019, em primeira instância e que sofreram apelação aos seus respectivos Tribunais.

O propósito é fazer um levantamento das decisões dos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Superiores que tratam das diretivas antecipadas de vontade (DAV), ortotanásia e testamento vital, no que se fará considerações sobre a uniformidade ou não destes julgamentos. Ainda neste capítulo, será

realizada uma análise da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 54, que debateu e descriminalizou a interrupção da gravidez de fetos anencéfalos, analisando nos votos dos Ministros que ainda compõe a Corte os fundamentos utilizados para julgar favorável a referida ADPF sob o ponto de vista da autonomia da vontade e do princípio à dignidade da pessoa humana, presumindo uma possível votação no STF cujo objeto seja a morte digna.

Pode-se afirmar que o tema aqui exposto possui uma importante contribuição não somente para discussões sobre a análise constitucional do princípio do direito à vida em ponderação ao princípio da dignidade da pessoa humana a ter o paciente terminal uma morte digna com procedimentos dentro dos parâmetros legislativos, mas também, para que o Congresso Nacional seja impulsionado a aprovar projetos que se encontram em tramitação, para que o Poder Judiciário utilize nas demandas judiciais critérios mais unânimes, para a preservação e garantia constitucional da morte digna ao paciente fora de condições terapêuticas atuais e fazer valer as diretivas antecipadas de vontade formuladas pelo paciente, bem como um tratamento médico ou intervenção cirúrgica que esteja condizente com a preservação da sua dignidade.

Enfim, o estudo realizado apresenta uma reflexão sobre o exercício legal de pensar a vida e a morte, dentro de uma realidade que envolve o exercício do direito na realização de diretivas antecipadas de vontade e seus preceitos constitucionais mais fundamentais a um paciente que foi diagnosticado com uma doença sem cura e próximo à morte e deseja um fim digno.

## **2 REPRESENTAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE JUIZ, MÉDICO E PACIENTE EM TERMINALIDADE NO BRASIL**

A situação do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais passam pela questão ética e jurídica, como será observado nos primeiros casos expostos neste capítulo, quando serão apresentadas três situações que tiveram grande repercussão na mídia nacional, questões estas que foram escolhidas em virtude da relevância social, dos debates na imprensa falada e escrita, nos links jurídicos e redes sociais, e que envolvem questões relacionadas ao presente estudo, como a vontade do paciente com doença incurável e o seu direito à morte digna.

O primeiro é o caso do jovem de Goiânia que em 16 de fevereiro de 2017 o Estadão estampou a seguinte notícia “Mãe luta na Justiça para obrigar filho a fazer tratamento que pode evitar morte” (JOSÉ TOMAZELA, 2017). O segundo caso foi visto com a seguinte chamada: “Médica acusada de acelerar mortes na UTI se diz inocente, é o caso da Dra. Virgínia Helena, responsável por uma Unidade de Tratamento Intensivo em um Hospital de referência em Curitiba que foi acusada de desligar os aparelhos de vários leitos de paciente em sobrevida.

O terceiro caso ocorreu em Rio Claro, cidade de São Paulo, quando um jovem que ficou tetraplégico, Geraldo Rodrigues de Oliveira, por conta de um acidente automobilístico (um racha, no qual o seu carro capotou), passou a sofrer com dores físicas e dores psíquicas e implorou para que seu irmão, Roberto Rodrigues de Oliveira, lhe tirasse a vida.

### **2.1 CASO JOSÉ HUMBERTO**

José Humberto Pires de Campos aos 18 (dezoito) anos, em 2015, sentiu inchaço nos pés, pensou que fosse por conta do trabalho no restaurante, foi levado para o hospital e lá foi diagnosticado com falência renal, nesta época encontrava-se morando com o pai nos Estados Unidos. Humberto Iniciou o tratamento de hemodiálise ainda nos EUA, entrou na fila do transplante, encontrou um doador, mas se recusou a realizar a cirurgia e veio se abrigar na casa da mãe, em Trindade-GO.

Foi em maio de 2016 Humberto chegou ao Brasil, mas só retornou ao tratamento em dezembro por insistência da mãe. E pela segunda vez, se recusou a fazer consulta preparatória para o transplante no Instituto do Coração (INCOR) de Brasília, ocasião na qual o médico que lhe assistia disse à sua mãe, Sra. Edna Maria Alves Borges, que nada poderia fazer.

A mãe de Humberto, sem outra opção, recorreu à justiça quando o filho disse que preferia morrer e que não iria mais fazer as sessões de hemodiálise. O pedido foi de interdição com pedido de liminar, já que Humberto já havia completado 22 (vinte e dois) anos, era maior. A tentativa era de, coercitivamente, a justiça obrigar o jovem a se submeter às sessões de hemodiálise. O processo recebeu o número n. 24226-91.2017.8.09.0149, tramitou, inicialmente, na vara de família e sucessões da Comarca de Trindade em Goiás (Jus Brasil, 2020)

Segundo a reportagem de José Tomazela no Estadão (2017, versão online), a mãe desabafa:

A Medicina tem recursos e ele tem plano de saúde, eu só quero que se trate. Como um jovem que nem completou a formação universitária, não seguiu uma carreira profissional, nem teve um relacionamento amoroso mais duradouro pode decidir em que momento pode parar a vida?

Fundamentada nas razões de que o filho não possuía ainda capacidade de discernir acerca de certas situações de vida foi que a Sra. Edina conseguiu liminar favorável de interdição parcial e provisória de 6 (seis) meses de Humberto, contudo não poderia leva-lo a tratamento sob qualquer forma de coação física, conforme pode ser observada a decisão abaixo:

[...] defiro, em parte, a tutela de urgência antecipada pleiteada, e concedo a interdição parcial e provisória de JHPCF, conferindo a curatela provisória deste à sua mãe Sra. EMAB pelo prazo de 6 (seis) meses, que fica autorizada a tomar as providências necessárias para a preservação da saúde do requerido, incluindo a internação em UTI, mas sem a utilização de qualquer forma de coerção física contra seu filho... (JUSBRASIL, 2020).

No desenvolvimento do processo foi realizada uma perícia médica cujo laudo concluiu pela capacidade plena de entendimento de Humberto, entretanto atestou, também, uma “imaturidade afetiva e emocional”,

A situação em casa, à época não parecia boa pelos trechos de conversa entre Edina e um repórter do Estadão, ela dizia que o filho naquele momento estava passando mal porque no dia anterior comeu pizza e lasanha e quebrou a

dieta. Dizia que o filho estava revoltado porque naquele dia teria que fazer hemodiálise e se recusava a falar com alguém (JOSÉ TOMAZELA, 2017).

Em sede de contestação ao pedido judicial interposto por sua mãe, José Humberto se disse lúcido e consciente em relação ao tratamento de sua doença e das consequências advindas dela, se considerou inteligente, relatou que recentemente havia sido aprovado no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) de 2016, mesmo estando ausente do Brasil por vários anos. Argumentou que seu tratamento não tem cura e que é penoso e que tem direito a uma morte natural.

Pouco antes de ser julgado definitivamente o mérito da ação, os pés de Humberto se retorceram na piscina de um clube em Caldas Novas-GO e a dor insuportável lhe invadiu o corpo, o que lhe fez decidir deixar de ir às piscinas e de se ausentar, definitivamente, das sessões de hemodiálise, e confessou ao repórter da Folha de São Paulo: “quero uma morte com dignidade, sem a dor do tratamento” (CLEOMAR ALMEIRA, 2017).

Em novembro de 2017 foi publicada a Sentença com exame de mérito, que levou a assinatura do juiz Eder Jorge da 2ª Vara Cível de Trindade (GO). A sentença foi pela procedência da ação, confirmando a liminar anterior. Determinando a interdição parcial e provisória de José Humberto, por um ano, limitando a autonomia de Humberto apenas ao fato de ter que se submeter ao tratamento da hemodiálise, contudo sem qualquer tipo de coação física ou sedação (TJGO, GOIANIA, 2017)

[...]julgo procedente o pedido, decidindo com observância ao disposto no artigo 1.767, do Código Civil, pronuncio a interdição parcial e provisória de Jose Humberto Pires de Campos Filho nos autos qualificado, pelo prazo de 01 (um) ano, unicamente n o que se refere a sua autonomia para submeter-se a tratamento médico, especialmente as sessões de hemodiálise, passando essa decisão e providência a curadora, podendo ser renovada por igual período, mediante novo requerimento.... (JUSBRASIL, 2020).

O juiz levou em conta parte do laudo pericial, que atestou a imaturidade emocional de Humberto. Para o magistrado, embora o jovem tenha excelente desenvolvimento cognitivo, seja inteligente, não conta com um desenvolvimento emocional adequando, o que prejudica parcialmente suas tomadas de decisões (DOU, 27/11/2007).

No entanto, o magistrado, em sua decisão final, proibiu que fosse utilizada a força física em relação ao Requerido, e nem a utilização de qualquer

tipo de sedação, à curadora somente seria permitido adotar providências para o cumprimento das prescrições médicas.

Nomeio -lhe, pois, curadora, sua mãe a Sra. Edina Maria Alves Borges que no exercício do encargo deverá zelar pelas questões relacionadas a saúde do interdito ficando autorizada a adotar todas as providencias necessárias para o cumprimento das prescrições médicas e cuidado da saúde do requerido, incluindo internações, em UTI ou não, sessões de hemodiálise, se for o caso, vedada a utilização de qualquer forma de coerção física em relação ao interdito, inclusive (TJGO, GOIÂNIA, 2017).

A advogada e na época Presidente da Comissão de Biodireito da Seção de São Paulo da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Ana Cláudia Scalquette, se manifestou sobre o caso afirmando que nenhuma pessoa plenamente capaz pode ser obrigada a determinados procedimentos, que este é um dos princípios da bioética: a autonomia da vontade.

Reinaldo Ayer, professor de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) também se manifestou acerca do caso, considerou que faltou construir uma relação médico-paciente com informações claras que talvez pudessem modificar a decisão de Humberto (FABIANA CAMBRIOCOLI, 2017). Atualmente, com o desenrolar do caso e com o dever de informação que o paciente deve ter, de forma a ter compreensão da sua doença e de tudo que a cerca, diz-se que o professor Reinaldo pudesse ser o único a estar com a razão.

O jovem já cadeirante, em razão do avanço da doença, pois seus músculos ficaram afetados devido a neuropatia aguda, afirmou, por seu advogado, que iria recorrer da Sentença do juiz *a quo*. Que sua escolha deveria ser respeitada, e que não deseja tirar a própria vida, deseja apenas “evitar um tratamento incômodo e doloroso e viver do jeito dele”, que não alivia seu sofrimento, e nem tem garantias de vida (JUSTIÇA..., 2017, versão on line).

Do outro lado, D. Edina, também, não viu qualquer mudança com a sentença do magistrado, já que não pôde obrigar Humberto a fazer o tratamento, contra sua vontade, não pode sedá-lo ou mesmo utilizar a força para que Humberto prossiga no tratamento.

Em 2019 o caso teve uma reviravolta, após ter perdido os movimentos dos pés e das mãos, ter passado 11 (onze) dias em coma, tocado com o gesto da mãe, pois ela deixou o emprego de professora para se dedicar

exclusivamente ao filho, Humberto decide viver! Só que desta vez, por conta das sequelas do embate com a morte, por ter recusado tantas vezes o tratamento ao tempo certo, pela perda parcial dos movimentos por conta de uma polinuropatia, e uma lesão no coração, o rim que a mãe apresentou para o transplante deixou de ser indicado (JOSÉ TOMAZELA, 2019).

Atualmente, o processo se encontra em fase de recurso no Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, com probabilidade de uma decisão inócua já que José Humberto encontra-se aderindo o tratamento por sua própria vontade.

Será que a decisão do juiz de primeiro grau que conduziu o processo foi legal? E se o juiz não tivesse dado a curadoria à mãe de José Humberto haveria possibilidade de um desfecho diferente?

## 2.2 CASO DRA. VIRGÍNIA HELENA

Outro caso, também, de repercussão nacional foi o caso da médica Virgínia Helena Soares de Souza que atuava na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Universitário Evangélico em Curitiba.

Todos ficaram incrédulos com as seguintes manchetes: Médica que desligava os aparelhos dos pacientes diz que só queria economizar luz do hospital (VINÍCIUS ANTUNES, 2013), MP denuncia médica acusada de apressar morte de pacientes em UTI de Curitiba (GAUCHAZH,2013), Brincando de Deus. funcionário do Evangélico diz que médica selecionava pacientes na UTI (CAROLINA BELO, 2013),

Em março de 2012, Karina Casser, apoiada pelo marido, depois de várias noites de insônia e pesadelos, resolveu telefonar para a Ouvidoria Geral do Estado do Paraná. Karina denunciou para Ouvidoria o se passava na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Evangélico (HUE), na cidade de Curitiba, no qual trabalhava como fisioterapeuta. O referido hospital funcionava há 53 anos, tinha em 2013 o maior pronto-socorro de Curitiba naquele ano era uma referência em transplantes, traumas, queimaduras e gravidez de risco (DANIELA PINHEIRO, 2013).

A denúncia de Karina Casser comunicava que a equipe médica, liderada pela Dra. Virgínia Helena Soares de Souza junto a UTI do HUE, antecipava a morte de doentes em fase terminal, manipulava padrões de oxigênio de



aparelhos respiratórios e ministrava aos pacientes um coquetel de sedativos e bloqueadores neuromusculares.

A manipulação do oxigênio e o coquetel de sedativos e bloqueadores neuromusculares aplicados juntos em um paciente fazia com que sua respiração fosse dificultada e o óbito do paciente acelerado, morrendo quase sempre por asfixia.

Segundo a denunciante, a Dra. Virgínia Helena era diretora da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) há 7(sete) anos tinha como objetivo “liberar os leitos da UTI” para acomodar novos pacientes, era ela quem decidia quem na UTI deveria viver ou morrer. A maioria dos funcionários do hospital era conivente com a chefe, mas nem todos concordavam com o viés da diretora.

A Ouvidoria Geral do Estado do Paraná, encaminhou a denúncia para a Promotoria de Proteção à Saúde Pública de Curitiba, ocasião em que os promotores confirmaram as datas dos óbitos dos pacientes, merecendo crédito à denúncia para que houvesse apuração acerca da sua veracidade, e que, portanto, foi investigado durante meses pelo Núcleo de Repressão aos Crimes contra a Saúde, da Polícia Civil, tendo, inicialmente, transcorrido, em segredo de justiça.

Em setembro de 2012 o juiz, mediante a prévia investigação da polícia, autorizou a interceptação telefônica de todos os números de telefones que a Dra. Virgínia Helena utilizava, da casa, dos celulares, do hospital. Entretanto, somente em janeiro de 2013 as gravações se iniciaram. E após quase um mês de gravação, chama a atenção dos policiais expressões corriqueiras utilizadas pela diretora da UTI do Hospital Universitário Evangélico: “girar a UTI”, “rodar a UTI”, “desentulhar a UTI”, “desligar o paciente”, “ir com o paciente”.

Outras frases utilizadas pela doutora Virgínia foram contundentes para que os investigadores pudessem incriminá-la como: “infelizmente, é nossa missão intermediá-los no trampolim do além”, “estão mortos, não há o que se fazer mais por eles”, “com a cabeça tranquila para assassinar” e ainda critica colega de UTI: “entulhador que não quer desligar nada”.

No dia 19/02/2013, a Dra. Virginia Helena foi detida e a sua imagem (cabelo arroxeadado, saia laranja, blusa azul, corpo e caminhado desengonçado, rosto pálido) e as acusações pareciam corroborar com a denúncia. No outro dia, espontaneamente, muitas pessoas que tomaram conhecimento do caso pela

imprensa se dirigiram à delegacia para depor, eram profissionais da saúde e familiares de pacientes mortos (DANIELA PINHEIRO, 2013).

Segundo Daniela Pinheiro (2013) de tudo o que se apurou durante o inquérito foi o seguinte:

A Dra. Virgínia passava doze horas no hospital e tudo que acontecia na UTI, mesmo quando não estivesse no seu plantão era para ser informada, pois dizia-se responsável pelo setor.

Questionada acerca da rotatividade de profissionais na UTI Geral, a médica afirmou que era em razão de atraso no pagamento, descumprimento de direitos trabalhistas pelo hospital. No entanto, a Promotora do caso tem outra versão, que ao trabalhar com neófitos não levantava questionamentos sobre procedimentos eventualmente suspeitos.

Alguns viram o caso de Virgínia como uma situação de vingança no hospital, porque a médica era enérgica, e não admitia embromação em serviço. Segundo Roseléia de Souza Houstin, que passou 85 dias na UTI Geral ao lado do irmão, em 2010, quando a médica não se encontrava no hospital os demais profissionais que trabalhavam na UTI fazia “um corpo mole generalizado” (DANIELA PINHEIRO, 2013).

A fonoaudióloga Rosangela Hein, que presta serviço particular terceirizado na UTI desde 1998 corrobora dizendo que muitos profissionais eram relapsos e preguiçosos e que a doutora Virgínia “se matava pelos doentes”, tirava até dinheiro do próprio bolso para comprar algum lanche para a família de paciente, quando esta não dispunha de condições. Assim, também, se deu com o depoimento do pastor Olegário Teixeira da Costa, Superintendente do hospital: “Com os doentes nunca houve reclamação. Ao contrário. Muitas vezes, vi familiares pedindo para ela desistir de tentar salvar um parente, deixá-lo ir em paz, e ela tentando todas as alternativas.

Quanto ao temperamento da Dra. Virgínia não há dúvidas foi uníssono que a doutora não filtrava as palavras. A própria denunciante, em depoimento à polícia, disse que a Dra. Virgínia a chamava de “lerda”, “burra”, “tartaruga”. E foi apurado que certa vez chamou um dos pastores da diretoria de imbecil, porque ele disse à família de um paciente desenganado que ainda deveria ter esperanças.

Na delegacia 26 (vinte e seis) depoimentos foram semelhantes, segundo as testemunhas, a Dra. Virgínia informava qual o paciente que tinha poucas chances de sobreviver, e pedia aos profissionais que colocassem uma divisória cercando o leito, determinava a diminuição de oxigênio e aplicação de um coquetel de sedativos. Outros 22 (vinte e dois) funcionários disseram que desconheciam totalmente estas práticas. Uma das testemunhas, que era coordenadora de enfermagem afirmou que houve um dia que foi noticiado um acidente, e que seis feridos estavam para chegar, e então em meia hora a Doutora provocou 6 (seis) mortes. O que não foi confirmado na investigação.

Dentre os voluntários que se apresentaram na delegacia teve uma antiga funcionária de um atelier da Doutora, nos idos dos anos 80, Rosely Hanemann, que afirmou que Virgínia disse a ela que praticava eutanásia no hospital porque era preciso ceder lugar para outras pessoas.

Um dos pontos que fez com que a polícia deflagrasse a prisão da Dra. Virgínia foi que ela disse em um telefonema que estava “com a cabeça tranquila para assassinar”, depois se concluiu que houve erro na transcrição, a fala da doutora foi de que estava “com a cabeça tranquila para *raciocinar*”.

A grande mídia especulou que a chefe da UTI do HUE queria se livrar dos pacientes do SUS, entretanto eles correspondiam a 92% (noventa e dois por cento) dos pacientes do referido hospital.

Autoridades no assunto foram ouvidos. O Presidente da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, José Mário Meira Teles, afirmou que em uma UTI algumas decisões que lá são tomadas, podem ser mal interpretadas. A Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Paraná, Cintia Grion, também, saiu em defesa da Dra. Virgínia e afirmou que algumas falas foram cortadas, ficaram fora do contexto, o que possibilitou uma “criminalização”.

O Superintendente do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, Gonzalo Vecina Neto, disse que para a realização de atos como os descritos, necessariamente haveria a cumplicidade de muita gente, para Vecina Neto, a UTI tem mesmo que girar, se o paciente passa a ser considerado estável, ele recebe alta para outro lugar, se está num quadro terminal, a equipe médica toma decisão conjunta que pode ser de não prolongar o sofrimento desse paciente.

A mídia nacional e internacional, deu muita repercussão ao caso. O G1 apresentou uma ex-paciente que disse que havia pedido socorro através de um

bilhete, afirmando que haviam tentando lhe matar desligando os aparelhos. Alguns afirmaram até que Virgínia antecipou a morte do próprio marido, Neson Mozachi, que era diretor da UTI antes dela e morreu vítima de câncer na própria UTI do hospital. O médico dele, Dr. Ricardo Penteado Filho, ficou indignado com tais afirmações, pois segundo ele, Virgínia não estava nem presente quando Mozachi faleceu.

Foi apurado, também, que no telefonema em que a Dra. Virgínia falava sobre a tentativa de desligar os aparelhos de uma criança, mas a mãe havia decorado os parâmetros, ela estava do outro lado com o médico pneumologista Luiz Felipe Mendes que na época era diretor do Hospital Evangélico. Segundo ele, a menina estava com morte cerebral documentada e a Dra. Virgínia ligou dizendo que se sentia mal com a pessoa da captação de órgãos ao lado da família da menina e que desejava retirar a medicação para não prolongar o sofrimento da família.

A doutora Virgínia comentou o caso da menina: “Não se prolonga um sofrimento desses, isso é desesperar uma família. Mas nós, latinos, temos essa cultura de deixar tudo, respirador, droga, e isso é um crime porque a pessoa não está mais lá.” Mesmo sem a doutora ter conseguido desligar os aparelhos a morte da criança se deu 3 (três) dias depois.

Para a polícia a médica disse que as interpretações feitas nas falas é de quem desconhece o ambiente hospitalar, pois desentulhar UTI seria encaminhar o paciente para o apartamento; desligar o paciente, é não administrar certa droga ou não realizar certo procedimento.

No mesmo sentido disse o ortopedista Manuel Ruedas Guerrero que atende pacientes da UTI Geral, que os jargões médicos foram interpretados incorretamente, e que se as acusações contra a médica podem ter tido outras razões como assédio moral, porque ela é grosseira, racista, mal-educada, implicante, desrespeitosa, feia.... mas acusarem de homicídio, isso é diferente (DANIELA PINHEIRO, 2013).

O advogado da Dra. Virgínia Helena, Elias Assad, afirmou posteriormente, que se viu diante de um novo dilema de Galileu: ignorância X Ciência, e que ela já havia sido sentenciada publicamente. Que as acusações foram feitas por leigos que se impressionaram com o que ocorre em uma UTI, e que em nenhum momento se perguntaram pelos médicos dos pacientes, pois

todos os pacientes eram acompanhados por outros médicos, segundo a sua enfermidade, eram eles que tomavam as decisões, os procedimentos, assinava o óbito ou prescrevia a alta. Que nunca houve nenhuma sindicância interna no hospital e nem houve qualquer denúncia ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

A Dra. Virgínia passou 1(um) mês encarcerada.

Em março de 2014 a doutora Virgínia Helena, além de mais três médicos, uma fisioterapeuta e dois enfermeiros foram denunciados pelo Ministério Público por formação de quadrilha e homicídio duplamente qualificado de: Clarita Colle, Pedro Amir Pereira, Manrique Negrão, Airton Santos, Romari Rocha, Leônidas Irala e Ivo Spitzner, dos quais ele afirmou que se lembrava um a um, e que tudo o que se poderia fazer, foi feito.

Entrevistada pela Repórter Daniela Pinheiro, Virgínia afirmou “É proibido ao médico usar de recursos absurdos quando o paciente não tem mais condições de sobreviver; isso é ética”, e que existem procedimentos corriqueiros que são utilizado em UTI em pacientes graves, e que nem todo enfermo cujo coração para, deve ser reanimado (2013).

A doutora afirmou que era rígida, e que se chegava a hora do cafezinho, para alguns profissionais não poderia ter algo mais importante, mesmo que houvesse paciente necessitando de auxílio, alguns perdiam a veia do paciente pela 5ª (quinta vez) ou não desejavam alimentar um paciente por preguiça, e se melindravam ao serem repreendidos. Afirmou ainda que não poderia mais atuar como médica, pois em todo lugar era reconhecida.

Após a prisão da Dra. Virgínia e iniciado o processo de n.º 0005217-13.2013.8.16.0013, que tramitou a na 2ª Vara do Tribunal do Júri de Curitiba – PR, com o recebimento da denúncia foi realizado um laudo pericial para que houvesse um levantamento pelo experto das causas da morte dos pacientes.

Em resposta às acusações a médica se pronunciou da seguinte forma:

A inocência e culpa tem que estar relacionada a um fato comprovado e o fato da minha vida, como médica, é que eu nunca ia omitir socorro. Nunca fui negligente, nunca fui imprudente, nunca tive uma infração ética registrada, uma queixa e exerci a medicina de forma consciente, correta; não sou Deus, não sou perfeita, erros podem ter acontecido, jamais de forma intencional, e nada mais fiz do que exercer com a maior dignidade possível, e com respeito aos pacientes, a medicina intensiva (JORNAL TRIBUNA,2018).

Dia 17/10/2016, o MP do Paraná protocolou as alegações finais à 2ª Vara do Júri de Curitiba e pediu a pronúncia por pronúncia por homicídio doloso duplamente qualificado e formação de quadrilha de cinco dos sete acusados iniciais (DIEGO RIBEIRO, 2019, versão on line).

O juiz Daniel Surdi de Avelar, da 2.ª Vara do Júri de Curitiba, em 20 de abril de 2017 inocentou a Dra. Virgínia e todos os demais acusados, a fundamentação foi a de que as provas apresentadas pelo MP-PR não eram suficientes, o magistrado disse ainda que as testemunhas de acusação se mostraram confusas. Ademais, a doutora, também, foi inocentada em todos os processos abertos no Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

O advogado da Dra. Virgínia, Elias Mattar Assad, afirmou que este fora o caso criminal mais emblemático e desafiador no qual atuou, tema que reflete a contemporaneidade das questões sociais, quando se testa os limites do imaginável. Foi pelas mãos do Poder Judiciário que se impediu que um irreparável erro judiciário fosse cometido. Elias propõem que em casos de investigação médica que esta seja aferida por quem tenha expertise no tema, a fim de que injustiças contra a Dra. Virgínia não sejam mais cometidas (JORNAL TRIBUNA, 2018).

Em 2018 duas novas denúncias foram feitas pelo Ministério Público do Paraná contra a Dra. Virgínia Helena quando ela chefiava a UTI em 2012, em ambas o Ministério Público alega a antecipação da morte por motivo torpe, o primeiro caso pela morte de uma jovem de 16 anos e o outro de uma mulher de 35 anos. O MP alega que a médica sentia-se onipotente, com o poder de determinar o momento da morte.

O juiz da 2ª Vara do Tribunal do Júri do Foro Central da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba, recusou as denúncias, mas o MP recorreu e o Tribunal de Justiça do Paraná acatou a apelação *em* maio de 2019. O advogado da médica disse à reportagem da Tribuna que tantos quantos sejam os casos que iniciem as ações penais, tantos serão os que a Dra. Virgínia será inocentada, vez que apenas praticou atos típicos da medicina intensiva e previstos em protocolos médicos (TRIBUNA, 2019).

O caso da doutora Virgínia Helena trouxe a público questionamentos sobre os limites da atividade médica em pacientes terminais, a responsabilidade médica, de quem a vontade deve prevalecer para ligar ou desligar aparelhos que

mantêm pessoas vivas artificialmente? Quem deve decidir se a morte é digna ou não?

### 2.3 CASO ROBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA

O terceiro caso que chamou atenção da mídia foi o de Roberto Rodrigues de Oliveira. Trata-se de um jovem de 29 anos, que foi a júri popular em Rio Claro (SP) acusado de, em 22 de outubro de 2011, cometer homicídio contra o irmão, Geraldo Rodrigues de Oliveira, que era tetraplégico.

Após o crime, ocorrido em outubro de 2011, em Rio Claro-SP, iniciadas as investigações, a polícia percebeu que havia contradições nos depoimentos do irmão e de um sobrinho de Geraldo, até que descobriu que o autor do crime havia sido Roberto de Oliveira, que invadiu a casa encapuzado e atirou contra a vítima, levando uma quantia de R\$ 800,00 (oitocentos reais), simulando um assalto, (FÁBIO RODRIGUES, 2015).

Com mais apuro nas investigações a polícia descobriu que tudo havia sido devidamente preestabelecido entre Roberto, Geraldo e o sobrinho, Admilson (menor de idade).

Geraldo tinha um filho paraplégico e sempre demonstrou revolta com esta condição, e quando o menino completou 8 (oito) anos, foi a vez de Geraldo sofrer um acidente automobilístico em 2009 que o tornou tetraplégico. A partir do episódio, o único pensamento da vítima era o de tirar sua própria vida, sentia-se um estorvo para a família. O primeiro passo que deu foi pedir para a sua mulher sair de casa com o filho (FÁBIO RODRIGUES, 2015).

Roberto passou então a cuidar de Geraldo, e por todo o tempo, a vítima passou a ordenar que o irmão tirasse a sua vida. O sofrimento de Geraldo era intenso, sentia muitas dores físicas e se deprimia, por ser um prisioneiro do seu corpo. Geraldo sentia compaixão ao ver o irmão naquele estado e, ademais, sentia-se pressionado e coagido por Roberto para que o executasse.

O acusado foi preso temporariamente, mas respondeu a ação por homicídio doloso em liberdade. O julgamento é próprio da competência do Tribunal do Júri, pois a Constituição Federal estipula sua competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida ( art. 5º, XXXVIII, d, 1988). No julgamento, os jurados absolveram Roberto. Antes porém, sua defesa interpôs

um Recurso em Sentido Estrito ao Tribunal de Justiça de São Paulo, requerendo a modificação da decisão proferida pelo juiz da Vara do Júri da Comarca de Rio Claro-SP, que o pronunciou, incurso nas sanções do art. 121, caput (homicídio), c/c. o art. 61, II, letras “e” e “h” (com agravamento da pena por ter cometido o crime contra irmão e enfermo), do Código Penal (11ª Câmara, TJSP-SP, 2013).

O advogado sustentou que o recorrente, praticou o crime sob relevante valor moral e por amor fraternal, requerendo a impronúncia, contudo o TJSP negou sob o argumento de que havia suficiente indicio de materialidade delitiva, inclusive, tendo o recorrente confessado que praticou o crime em razão de insistentes solicitações do irmão e o fez para lhe abreviar o sofrimento.

Tramitando pois, o processo no Tribunal do Juri, durante o julgamento, o advogado não poderia sustentar que o crime praticado foi decorrente de eutanásia (matar alguém por motivo piedoso) uma vez que “a prática de provocar a morte a um doente que não tem cura não é permitida no Brasil”. O defensor do acusado ainda disse ao júri que embora a eutanásia não seja permitida no Brasil, “a Constituição fala em direito à vida e não em dever de viver” (FERNANDO MARQUES, 2015)

O Ministério Público apelou contra a sentença publicada em 27 de outubro de 2015 sob o fundamento que a decisão era manifestamente contrária à prova dos autos, requerendo a anulação do julgamento a fim que Roberto de Oliveira fosse condenado à prática do delito descrito no art. 121, caput do Código Penal (homicídio culposo).

Segundo o Ministério Público a vontade da vítima para que lhe tirassem a vida não justificaria uma coação moral de natureza irresistível<sup>1</sup>, que foi o argumento da defesa, que fosse capaz de absolver o réu/apelado (11ª Câmara, TJSP, SP, 2016).

A 11ª Câmara do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, não acolheu a Apelação Ministerial. Sustentou, inicialmente, questão processual, citando a Súmula 713 do STF, retratando que “o efeito devolutivo da apelação contra decisões do Júri é adstrito aos fundamentos da sua interposição”, isto é, que o recurso para o Tribunal deve ser limitado à constatação de possível

---

<sup>1</sup> Art. 22 do Código Penal “ Se o fato é cometido sob coação irresistível ou em estrita obediência a ordem, não manifestamente ilegal, de superior hierárquico, só é punível o autor da coação ou da ordem”,(1940).



divergência entre os elementos de prova colhidos e a solução do julgamento, quando ocorre decisão manifestamente contrária à prova dos autos, revelando que o Conselho de Sentença não conseguiu absolver versões razoáveis expostas em plenário, que não é o caso da apelação promovida pelo MP, pois não há contraste entre os documentos constantes nos autos e a absolvição do apelado.

Em seguida, ao analisar os depoimentos constante nos autos, o Tribunal se deparou com a prova oral colhida em plenário bastante contundente para que o júri absolvesse o réu.

A referida Câmara constatou que existe a materialidade do delito, que o acusado confirmou ter atirado duas vezes contra Geraldo, seu irmão mais velho, que Geraldo havia combinado com a sua mulher que se não se recuperasse da tetraplegia em um espaço de 3 (três) anos ela poderia ir embora com o filho, que era paraplégico, uma vez que não era possível cuidar de ambos e foi nesta época que foi morar com o irmão, alimentando-o, dando-lhe banho, sendo que mais tarde chegou Ademilson para ajudar nos cuidados, uma vez que Roberto trabalhava durante o dia, (11ª Câmara, TJSP, SP, 2016).

A vítima ofereceu dinheiro para que Ademilson lhe tirasse a vida, e disse ao irmão, Roberto, que “não dava mais”, que ele tinha que lhe tirar dessa situação, e implorava pela morte constantemente. Roberto afirmou, que não havia praticado a morte assistida a Geraldo antes porque tinha medo das consequências jurídicas do seu ato, até que os apelos reiterados foram-lhe comovendo. E sentindo-se cada vez mais coagido cedeu às pressões do irmão, que além de mais velho, ainda era autoritário no âmbito familiar.

Geraldo determinou que o réu sacasse R\$ 950,00 (novecentos e cinquenta reais) da sua conta, dinheiro obtido do INSS e do seguro DPVAT, para comprar a arma que seria utilizada no crime e combinaram a simulação de um latrocínio, segundo o réu, a vítima encontrava-se acordada no momento e apenas pediu para que o tiro não fosse no rosto. A execução foi realizada.

Segundo a 11ª Câmara do TJSP a versão do réu restou incontroversa nos autos, seja durante o depoimento prestado no inquérito, na audiência de primeira fase e na Seção Plenária do Júri. O que permaneceu seria apenas a discussão teórica quanto a capitulação legal da conduta, se homicídio

privilegiado, como requereu o Ministério Público, a absolvição do acusado, como pediu o advogado.

Não havendo nada que constatasse que a decisão do Conselho de Sentença foi manifestamente contrária à prova dos autos não haveria porque julgar procedente a apelação do MP, uma vez que a tese da defesa em juízo, de que houve uma coação moral irresistível, ganhou força a partir dos relatos dos diálogos entre a vítima e o apelado, não há porque anular a sentença do juízo de primeiro grau, (11ª Câmara, TJSP, SP,2016).

Para a 11ª Câmara do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo não houve regular ameaça para configuração da coação moral, porém o relato fático do sofrimento, das súplicas do ofendido, se amolda à ideia de coação moral irresistível. Contudo, entendendo ou não que houve coação irresistível se a decisão do Júri estiver amparada em uma das versões postas nos autos, deverá ser respeitada. Há de se consagrar o princípio da soberania dos veredictos do Tribunal do Júri, conforme o inciso XXXVIII, do art. 5ª da Constituição Federal (1988), (11ª Câmara, TJSP, SP,2016).

### **3 BIOÉTICA, BIODIREITO E A RELIGIÃO COMO COAJUVANTES NO DIREITO À MORTE DIGNA**

Bioética e biodireito estão intrinsecamente ligados quando se fala sobre as novas análises da dimensão que permeia as preocupações do homem, especialmente, quando pensa em vida e saúde e em terminalidade de vida.

A vida se apresenta como elemento da natureza humana, mas agregada a valores que só os homens têm: a intimidade e a razão. A bioética é considerada uma ciência inter e multidisciplinar capaz de alinhar conceitos e comportamentos de vários campos de estudo, analisando e discutindo questões difíceis, que permeiam entre a vida, os valores concebidos em determinada sociedade e tempo e os limites impostos pela norma, é extremamente reflexiva.

Segundo Matheus Mabtum e Patrícia Marchetto (2015) a bioética é uma agregação de reflexões morais e filosóficas que se cerca sobre a vida na sua totalidade, em especial, sob o ponto de vista das práticas médicas, como considerar vida no ambiente hospitalar.

E quando nesta relação entre a ciência, a tecnologia, entre a vida, a qualidade de vida e a morte, não tem mais como serem explicitadas apenas pelo campo da ética, surge o biodireito como conjunto de normas que têm como objetivo regular o progresso sob o olhar da bioética e dos direitos fundamentais do homem. Não há subordinação entre bioética e biodireito, elas se completam para ajustarem às questões morais sobre a vida às questões do dever-ser.

O paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais vê os contornos da sua vida e saúde permeados por normas éticas e pela dogmática, pela bioética e pelo biodireito, como formas de se manter vivo dignamente, de acordo com os benefícios que a medicina pode lhe conceder e que a sua vontade pode executar, devendo ser preservada a sua vida e sua dignidade, como direito.

Certo que a bioética e o biodireito se cercam de questões sobre terminalidade e avanços tecnológicos, mas muitas vezes a situação é difícil e delicada para prática e compreensão dos acontecimentos, se estão ou não nos limites da legalidade ética e jurídica.

A tecnologia se apresenta para beneficiar a todos, no caso dos pacientes em terminalidade, promover sua dignidade é essencial por isso se discute a

utilização de princípios bioéticos para prolongar ou não a vida de um paciente fora de possibilidade terapêutica atual.

Em outra ponta da tecnologia sob o ponto de vista da ciência, têm-se a fé, para os que creem, a pergunta que se faz é como as religiões recomendam as ações médicas aos doentes em terminalidade? O Brasil é um Estado laico<sup>2</sup>, porém, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), a maioria da população residente no Brasil é cristã. Tendo em conta que a religião tem forte influência na sociedade, a seguir serão descritos os direcionamentos aceitos por elas no momento final. A descrição será de acordo com religiões que constam na pesquisa do Instituto supracitado: católica apostólica romana, evangélicas, espíritas, umbanda e candomblé, judaísmo, hinduísmo, budismo e islamismo.

Todos os princípios bioéticos, bem como os preceitos religiosos que percebem a possibilidade de uma morte digna encontram-se alinhados ao que há de maior no ordenamento jurídico: os princípios Constitucionais que estabelecem garantias fundamentais ao homem, dentre eles, o princípio à vida, o princípio da dignidade da pessoa humana e seus princípios gravitadores, que devem ser observados para que o direito continue protegendo o homem, até no processo de sua morte.

Desta forma, no presente capítulo se delineará a estreita vinculação dos princípios bioéticos: beneficência, não maleficência, autonomia (definindo aqui o termo de consentimento livre e esclarecido) e justiça com o tratamento do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, as medidas, iniciais, corretas, a se fazer e respeitar, apresentando o biodireito como farol

---

<sup>2</sup> O Brasil deixou de ter uma religião como oficial a partir da Constituição Federal de 1891, a Constituição anterior (1824) fazia expressa menção à religião a Católica Apostólica Romana como religião oficial, as demais religiões que existiam, eram apenas consentidas, desde que não exteriorizassem o templo (BRASIL, 1824). As Constituições Federais que se seguiram à de 1891, oscilaram um pouco na condição de liberdade e liberdade controlada. A Constituição de 1934 prescreveu a liberdade de culto, no entanto, aquele que não cumprisse com obrigação a todos imposta por motivo de crença perderiam seus direitos políticos. A de 1937, por sua vez, não estabeleceu de forma expressa a impossibilidade de privação por motivo de crença religiosa, e como foi uma Constituição autoritária, semelhante prescrição possuía com as Constituições de 1891 e 1934. A Constituição de 1946 e 1988 foram, realmente, as únicas que permitiram, efetivamente, a possibilidade de escusa de não cumprimento de obrigações religiosas a todos impostas. Diga-se ainda, que foi a Constituição de 1946 que os cemitérios passaram a ter caráter secular e com administração municipal, a fim de não obstar ou embaraçar o exercício dos cultos religiosos (DIAS, 2012).

interpretativo para as análises éticas no campo do dever ser, inclusive, tendo como norte o Código de Ética Médica. Em seguida, diante de religiões, se investigará a forma como superam a terminalidade de seus praticantes. Os conceitos de vida, dignidade da pessoa humana e morte digna surgem a seguir com as bases fornecidas pela bioética e pelo biodireito.

### 3.1 BIOÉTICA E BIODIREITO

Os avanços tecnológicos no mundo da saúde ficaram evidentes no último século e com eles vieram a capacidade de prolongar a vida e, conseqüentemente, retardar a morte, além de possibilitar uma melhor qualidade de vida. O homem e a medicina se encontram imbuídos em questionar e refletir sobre questões éticas que envolvem a vida, o seu desenvolvimento, e suas relações com o direito, e é neste contexto que surgiu um novo campo de estudo: a bioética.

A bioética se destaca como um estudo que comporta vários ramos, cujo conteúdo é a reflexão que se faz e deve ser feita sobre a vida e os limites das tomadas de decisões respeitando os aspectos jurídicos, morais, religiosos vistos individualmente e coletivamente, a fim de que se possa coordenar e aconselhar ações.

A bioética remete a um somatório de reflexões e discussões acerca de valores diferentes em vários campos da filosofia e da moral, tendo em volta pessoas, instituições e sociedade, discussões estas acerca da vida em geral e, também, sobre as práticas médicas.

Para que as análises sejam fundamentadas abrange-se pesquisas multidisciplinares, envolvendo-se várias áreas como “antropológica, filosófica, teológica, sociológica, genética, médica, biológica, psicológica, ecologia, jurídica, política etc.”, com o objetivo de chegar a solução de problemas, sejam individuais ou coletivos, derivados da “da biologia molecular, da embriologia, da engenharia genética, da medicina, da biotecnologia etc.”, (MARIA HELENA DINIZ, 2017, p.36) .

As questões bioéticas trazem um aparato de moralidade do homem nas ciências da vida, que podem decidir sobre “a vida, a morte, a saúde, a identidade ou a integridade física e psíquica, procurando analisar eticamente aqueles

problemas, para que a biossegurança e o direito possam estabelecer limites à biotecnociência”, buscando verificar o que é lícito e possível cientificamente, sempre impedindo abusos e protegendo os direitos fundamentais das presentes e das futuras gerações, (MARIA HELENA DINIZ, 2017, p.36).

É imperioso destacar que a bioética é um braço da ética, que por sua vez é parte da filosofia, responsável pelo estudo do comportamento humano e seus valores, a bioética renova conceitos éticos do passado em face do avanço tecnológico, em razão dos novos conhecimentos que interferiram e interferem na natureza e na vida do indivíduo, se debruçando sobre a vida humana, cujo objeto de estudo não é somente a vida, mas também, a morte, porque aquela é uma consequência desta.

O primeiro a utilizar o termo bioética foi Fritz Jahr, em 1927, em um artigo que apresentou o imperativo bioético, o qual determinava que cada ser vivo deveria respeitar o outro como uma finalidade em si, e respeitá-lo na medida do possível. Depois, já em 1970 o médico oncologista Van Rensselaer Potter utilizou a bioética como campo de estudo (MATHEUS MABTUM, 2014).

O que Potter desejava era a sobrevivência do planeta de forma equilibrada, tanto é que, no começo, a bioética era lembrada como a “ciência da sobrevivência”, porém estava preocupado, também, com o poder/dever do médico diante dos avanços científicos, especialmente no campo da biotecnologia, daí porque o termo bioética passou a ser utilizado como a ética biomédica (MATEHUS MABTUM, 2014).

A ideia de Potter foi auxiliar as pessoas nas implicações positivas ou negativas que derivavam dos avanços da biotecnologia, saber o que era cientificamente possível, e o que seria eticamente aceitável diante de uma sociedade não homogênea (CILENE JUNQUEIRA, 2019). Era preciso pensar nas consequências das inovações tecnológicas, afinal nem todo conhecimento é benéfico para a humanidade.

A preocupação que a bioética esboça pode ser encontrada na reprovação que a comunidade internacional mantinha em face das experiências nazistas durante a segunda guerra mundial (1936-1945). Havia uma supremacia na conduta médico-paciente, o que proporcionou que os experimentos com seres humanos fossem conduzidos à força, sem lhes proporcionar qualquer consentimento.

Em razão das barbáries cometidas, especialmente, durante a segunda guerra, passam a surgir os códigos de ética, em face da imperatividade de que se estabelecesse normas que pudessem direcionar a atuação do profissional da medicina no seu atuar, respeitando o indivíduo como ser dotado de autonomia e personalidade.

Em 1947, o Código de Nuremberg trouxe as primeiras regras bioéticas, estabeleceu que era essencial o consentimento do voluntário ou do doente para as experiências, que estas somente deveriam ser realizadas em seres humanos se fossem de tal importância para o bem-estar da sociedade, devendo, que se evitasse qualquer tipo de constrangimento físico ou moral. O Código de Nuremberg foi revisto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), originando a Declaração de Helsinque, sofrendo até os presentes dias atualização (MARIA CELINA DE MORAES, 2003).

Portanto, o que caracteriza a bioética e como se deve portar nas ciências da vida e nas reflexões e discussões para o bem da humanidade é o conhecimento dos valores humanos partindo do conhecimento científico, comprometendo profissionais das mais diversas áreas, determinando sua participação nos entraves entre a ciência e a ética, nos impactos causados pela tecnologia sobre a vida do homem, sob um olhar menos tradicional e mais realista promovido pela razão e pelo melhor juízo moral, humanizando, especialmente, o ambiente hospitalar e promovendo os direitos de quem dele se utiliza.

Em razão da tecnociência e da complexidade das relações sociais, observando mais detidamente as relações médico-paciente, os pacientes de modo geral, não apenas os que encontram-se em terminalidade, passaram a ser vistos como um paciente a mais, como se o paciente não tivesse uma história de vida, como se cada pessoa não fosse única e a Bioética procura contribuir para o favorecimento de uma relação médica profissional, responsável e transparente, numa visão mais humana da pessoa do doente e não da doença a qual ele está acometido, bem como limitar condutas que violam a dignidade dos pacientes e de sua família.

Segundo Matheus Mabum (2014, p.17), atualmente, o termo bioética está relacionado diretamente à ética presente “nas relações médicas, nas ciências da vida, na biotecnologia, na engenharia genética, na embriologia, na

ecologia e nas tecnociências”, existindo como mediadora entre o uso correto das novas tecnologias e os problemas a serem enfrentados em razão dos valores sociais, como por exemplo: eutanásia, aborto, células tronco.

Portanto, a bioética funciona como um vetor, um indicador para a ciência e para atividade da medicina, analisando as problemáticas em tornos da saúde, qualidade de vida e sua terminalidade, num plano interdisciplinar. Não tendo a bioética a função de impor barreiras ao desenvolvimento biotecnológico qualquer que seja ele, mas que possa harmonizar com os valores sociais vigentes, discutindo sobre situações que firam a integridade, a dignidade do homem, salvaguardando, inclusive, os demais indivíduos que não de vir.

É na bioética que a luta pela valorização da vida é intensificada como oposição ao biopoder, impedindo a coisificação do homem e outras práticas que ferem a dignidade e os princípios fundamentais do homem, diz Matheus Mabtum (2014). Para o autor são três as preocupações da bioética: “a postura ética como base para a conduta de usuários e profissionais biomédicos; os critérios jurídicos que salvaguardem a liberdade humana, a dignidade, a segurança e o bem-estar social (MATHEUS MABTUM, 2014, p.20), sendo perfeitamente possível dispor estas preocupações nos princípios basilares<sup>3</sup> da bioética: justiça, autonomia e beneficência.

Corroborando com Matheus Mabtum (2014), Leo Pessini e Christian Barchifontaine (2012) afirmam que bioética contemporânea encontra-se alicerçada em princípios fundamentais: a beneficência que alberga a não maleficência, autonomia e a justiça.

---

<sup>3</sup> Basilares porque com o avanço da bioética somente os três princípios norteadores não conseguem tutelar por si só todos os valores humanísticos. Em 2005, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) promovida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) chegou a catalogar 15 (quinze) princípios da bioética: “dignidade humana e direitos humanos; benefícios e danos; autonomia e responsabilidade individual; consentimento; pessoas incapazes de consentir; respeito pela vulnerabilidade humana e sua integridade pessoal; vida privada e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não discriminação e não estigmatização; respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; compartilhamento dos benefícios; proteção das gerações futuras; proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade”, (Matheus Mabtum; Patrícia Marchetto, 2015, p.31-32).



Beneficência se apresenta como o princípio de origem da própria medicina: fazer o bem, não como ato de bondade, mas como compromisso<sup>4</sup>, um dever, uma obrigação.

A beneficência faz parte da disposição emocional de que todos devem agir da maneira correta, valorizando seu semelhante, reduzindo qualquer mal que venha a lhe acometer. Na ética médica o princípio da beneficência resvala no compromisso que o profissional deve ter em avaliar os riscos e benefícios físicos e mentais potenciais, e buscar sempre o melhor benefício, o melhor tratamento para a cura da enfermidade, de forma a promover, ao final, os interesses do paciente, é mais que um ato de bondade, é um compromisso com o dever profissional.

No caso do paciente fora de condições terapêuticas atuais a beneficência deve ser apurada com uma contabilidade de situações positivas e negativas, de benefícios com o tratamento, dos riscos com os medicamentos, do sofrimento físico e espiritual, dos custos a pagar e ao final, sempre se chegará ao fim, por isso, o paciente precisa saber mais sobre tudo, inclusive, sobre os cuidados que o médico deve continuar tendo, caso opte pela ortotanásia, pela morte ao seu tempo natural, chamados cuidados paliativos, para dar mais conforto e menos sofrimento ao paciente.

O princípio da beneficência engloba outro princípio o da não maleficência, que é a obrigação de não causar danos ou agravar, intencionalmente, a situação do sujeito. O profissional da saúde deverá sempre avaliar, para evitar danos que possam ser previstos (ADRIANA CAMPOS e DANIELA OLIVEIRA, 2017). O médico possui a obrigação de não aplicar dano,

---

<sup>4</sup> O princípio da beneficência tem origem nos movimentos pós-segunda guerra mundial, por conta das atrocidades cometidas durante a segunda guerra mundial, rompendo valores, conceitos e vidas, cada vez mais alicerçados por alta tecnologia a bioética surge em sua maior dimensão. Foi quando os primeiros códigos de ética surgiram, e juntamente os preceitos do juramento de Hipócrates, que culminaram, posteriormente, em muitos debates sobre as obrigações médicas e as diretrizes para a sua prática, (RAFAEL JADOSKI et all, 2017). O juramento feito inicialmente por Hipócrates, mais que um apelo à razão, ainda hoje é repetido nas solenidades de formatura pelos jovens estudantes de medicina e foi atualizado, pela primeira vez, pela Declaração de Genebra de 1948, com o intuito de apresentar e efetivar um controle ético e social da profissão (CECÍLIA MARREIRO, 2012). Hipócrates foi na antiguidade o principal formador das teorias médicas, procurou buscar explicações racionais para as doenças e formas eficazes de cura, deixando de lado as crenças populares. É denominado o pai de medicina, escreveu o primeiro juramento médico, uma carta de princípios, cujo conteúdo se perfaz no controle social da profissão (SÉRGIO RÊGO, 2005).

seja físico, moral e/ou psíquico intencional ao paciente, nem o submeter a um risco desnecessário.

José Garcia (2012) estabelece diferença entre o princípio da beneficência e da maleficência, o primeiro consiste na obrigação de não prejudicar, de agir em benefício do outro, inclusive, promovendo seus interesses, o segundo no dever de impedir algum dano, de não infligir dano de forma intencional, de sanar males e fazer ou gerar o bem.

Assim, pode-se dizer que estes princípios, da beneficência e não maleficência são fundamentais para as ações médicas junto ao paciente fora de possibilidades terapêuticas quando à vida está em perigo e a morte iminente.

Santoro (2012) recomenda que o médico deve se abster de condutas que tenham como única intenção a manutenção da vida de qualquer forma e a qualquer custo, prolongando a vida através de terapias inúteis e desproporcionais.

Discorda-se, em parte, do autor supracitado, com base no princípio a seguir, o da autonomia, portanto, a conduta médica da inutilidade do tratamento deve ser extirpada, desde que assim sejam os interesses legítimos do enfermo. Assim, também, retrata Alasdair Maclean(2009), que por mais que a obrigação de beneficiar o paciente seja excelente, há limites a considerar que é a obrigação de respeitar a autonomia do paciente. O dever de beneficência não pode estar preocupado apenas com bens tangíveis, é preciso que o profissional da saúde proteja os direitos do paciente, entre eles, o da autonomia.

O princípio da autonomia que se consubstancia na capacidade que a racionalidade humana possui de elaborar leis por si mesmas, da pessoa poder ter a capacidade de se autogovernar. No início este vocábulo foi utilizado para designar a autogestão das cidades gregas, depois passou assumir outros sinônimos como direito de liberdade de escolha, exercício de vontade, autodeterminação para decisões sobre sua própria vida, (MARIA RAFAELA RODRIGUES, 2006).

É razoável dizer que uma pessoa autônoma é toda pessoa capaz de decidir sem amarras sobre questões de sua vida, sobre determinações sobre sua saúde, seus relacionamentos, apontar para quem confia e de suportar o ônus causados por suas decisões. Uma pessoa autônoma é capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir nessa direção, suportando os eventuais

ônus de tal postura. De outro lado respeitar a autonomia da pessoa é reconhecer sua dignidade, é considerar que cada indivíduo tem suas ações baseados nos seus valores, nos planos que traça para si próprio, (JOSÉ GARCIA, 2007).

Quem não possui autonomia é controlado por outras pessoas, que lhe administram a vontade e definem suas estratégias, os seus planos e desejos são supostos, não consegue se impor como ser direcionador de sua vida. Diferentemente da pessoa com autonomia que requer e impõe que seus desejos sejam mais que respeitados, concretizados em razão de sua independência e capacidade decisória.

As pessoas com autodeterminação têm direitos de decidir sobre sua intimidade, sobre questões relativas ao seu próprio corpo e conseqüentemente, os médicos devem obter autorização desses pacientes para submete-los a quaisquer procedimentos ou tratamentos, pois somente com a permissão concedida é possível realizar a ação que os envolvam.

Claro que se pessoas não possuem a capacidade de decidirem sozinhas, que não possuem autonomia de vontade, também, o médico não poderá dispor de seu corpo, a autonomia deve ser respeitada pela vontade e decisão de seus familiares ou representantes (JOSÉ GARCIA, 2007). Indivíduos que não têm capacidade de consentimento, devem ter proteção jurídica especial, observando qual seria a sua real intenção se capaz de se expressar fosse, sem separar-se da lei.

É através da sua capacidade de raciocínio que o homem possui a liberdade de ser determinante de sua própria história e na relação médico-paciente surgem dois sujeitos autônomos que precisam discutir e compartilhar decisões. São dois pesos que comportam numa balança que precisa de equilíbrio, de um lado o paciente que deve ser respeitado na sua vontade (escolha do médico, do hospital, do tratamento), preservando-lhe a dignidade, de outro, o médico com a obrigação de acatar as decisões tomadas por seu paciente, informando-lhe as melhores opções e outras possibilidades.

Não é somente a vontade do paciente que deve ser considerada quanto às suas intenções em relação a realização ou não do tratamento médico, diz Matheus Mabum (2014), mas seus valores, suas convicções existências, sua religião, sua intimidade, sem que sejam promovidos quaisquer meios de constrangimentos.

Para Adriana Campos e Daniela Oliveira (2017) o princípio da autonomia tem fundamental importância na avaliação da ética, pois o sujeito independente e livre para raciocinar, é aquele que pode manter postura crítica de julgar entre o certo e o errado, de ponderar, de entender os limites.

A autonomia pressupõe três elementos: determinação, independência ou liberdade e razão. A determinação demonstra a consciência da pessoa quanto a identificação de seus desejos e busca de como consegui-los através de um planejamento. A independência ou liberdade é a ausência de resoluções externas ao indivíduo, livre exercício de idiosincrasias, de coerção ou manipulação na prática de seus atos e concepções. E, o último, a razão que indica a capacidade do homem tomar decisões provenientes de sua capacidade de reflexão sopesando o bom e o ruim, o bem e o mal, sendo responsável por suas escolhas (INÊS MORAIS, 2010).

No caso o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais a autonomia é condição para que aceite ou não determinados procedimentos, de ser livre para se manifestar acerca de qual terapia que mais se ajusta a seus valores, sem imposições de vontades quer seja do hospital ou do próprio médico. E de outro lado o médico deve promover a maior transparência acerca da doença a qual está acometido, o tratamento, e outras possibilidades de cuidados, sob pena de romper com a confiança em si depositada, e com ela vão-se o respeito ao paciente e sua dignidade.

A autonomia tem tudo a ver com o consentimento informado, pois trata-se de uma decisão expressa de uma paciente em pleno gozo de sua autonomia, têm-se como consentimento informado como a manifestação de vontade séria e definitiva, de uma primeira pessoa para uma segunda pessoa, de que esta irá cumprir seu desejo ou recomendação. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2012 aprovou a Resolução n.º 466/2012<sup>5</sup>, que busca assegurar que as pessoas tenham prioridade em relação ao interesse da ciência, a referida Resolução fez referências aos indivíduos incapazes de realizarem seus consentimento e inovou

---

<sup>5</sup> A Resolução 446/2012 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem como conteúdo pesquisa e testes em seres vivos, foi impulsionada pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, ocorrida em , promovida pela A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência, diante da necessidade da elaboração de um documento que nortamizasse as condutas sobre bioética e direitos humanos universalmente, (Matheus Mabtum; Patrícia Marchetto, 2015)

“ao reconhecer a diretiva antecipada de vontade como modalidade de consentimento livre e esclarecido”<sup>6</sup>, (MATHEUS MABTUM; PATRÍCIA MARCHETTO, 2015, p.33).

Milton Silva e Alexandre Petry (2018) percebem o consentimento informado como um pilar da autonomia, no qual o médico expõe ao enfermo os possíveis tratamentos, a verificação de sua compreensão plena, inclusive dos riscos que será submetido e possibilidades de cura<sup>7</sup>. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) deve ser apresentado ao paciente ante de todos e quaisquer tratamentos e cirurgias que for submetido. Para a validade do ato são necessários: capacidade, que as informações transmitidas sejam relevantes e devidamente captadas e voluntariedade, como reconhecimento de que o paciente é soberano na sua tomada de decisão.

Portanto, no caso de uma relação médico-paciente, o primeiro passo para que se possa dizer sobre a validade do consentimento informado é o do médico, que deverá expor e esclarecer-lhe a enfermidade a qual encontra-se acometido, suas características, riscos, evolução e tratamento, a exposição deve ser em linguagem acessível ao seu vocabulário a fim de que haja efetiva compreensão acerca do seu diagnóstico e formas de tratamento. Jamais deverá se curvar ao desejo da família de omitir o diagnóstico ao paciente, no entanto, deverá conduzir a comunicação de forma criteriosa e comedida.

Após todas as informações acima é a hora do enfermo se manifestar se desejar, implícita ou explicitamente sobre a aceitação da intervenção médica. Assim, tem-se o dever de informar do médico, de apresentar possíveis

---

<sup>6</sup> O Artigo 6º da Declaração universal sobre bioética e direitos humano, ocorrida na França em 2005, apresenta Consentimento: “a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.”. (UNESCO, 2005), também, denominado decisão informada.

<sup>7</sup> Recomenda-se a leitura da tese de doutorado Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei n. 10.216/2001 e suas implicações, de autoria de Luciana Barbosa Musse, em pesquisa própria, a autora observou que de 61 pacientes psiquiátricos internados voluntariamente, apenas 34 deles haviam assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, medida esta imposta na Lei n.º lei n. 10.216/200

terapêuticas, e ainda, o de recomendar tratamento ou cirurgia, que neste caso exige a concordância ou aceitação do doente.

Escreve Ruy Aguiar Júnior (2017) que a principal prestação do médico é a sua prática profissional, e a principal prestação acessória mais importante, depois daquela é a de prestar informação adequada e alcançar o consentimento informado do paciente.

O doente capaz não é somente aquele apto às decisões da vida civil, é o proprietário e senhor do seu próprio corpo, capaz de entender e optar por intervenções médicas, após todos os esclarecimentos sobre sua doença, informação dos possíveis tratamentos, elucidações dos riscos e cuidados, e indicações alternativas no tratamento de sua enfermidade.

Somente o doente capaz e que assimila todas as informações é aquele que poderá fazer opções, avaliar os custos e benefícios diante de suas próprias crenças e valores morais. Quanto ao paciente fora de possibilidades terapêuticas deve ter ciência sobre a terminalidade que paira sobre sua doença, para que cômico desta informação possa refletir e traçar diretrizes sobre o seu final de vida, sendo assim reconhecida a sua autonomia. Devendo o médico evitar paternalismo disfarçado, impondo ao paciente tratamentos indesejáveis e provocando uma morte que fere sua dignidade (CECÍLIA MARREIRO, 2012).

Embora a bioética não imponha uma ordem, há de se ressaltar a importância do princípio da autonomia como se fosse o primordial, pois se não há consentimento de forma livre, após as informações cabíveis, não deverão existir ações incompatíveis.

Por último para completar os princípios pertinentes ao modelo principialista da bioética, o princípio da justiça, o qual determina a destinação igual e universal dos benefícios da saúde.

Dois flancos podem ser apresentados para o princípio da justiça, a formal, quando há idênticos tratamentos para todos, atende sem critérios de prioridades, aplicando-se a categorias análogas e a justiça material, que atende ao critério de distribuição baseado na necessidade (MARIA ELISA VILLAS-BÔAS, 2010).

As discussões na bioética não podem favorecer pessoas ou grupos determinados, devem favorecer a todos, melhorar as condições de vida de todos os indivíduos e que todos possam ter amplo acesso. A justiça é a finalidade do

direito. Para Miguel Reale justiça é quando há realização de algo que melhora a vida de todos, na proporção certa do que exigia os valores de cada pessoa, conservação e desenvolvimento da cultura, representando um valor que é o escopo do próprio direito (Miguel Reale, 2003).

Segundo Léo Pessini e Christian Barchifontaine (2012) o princípio bioético da justiça comporta várias teorias: justiça como proporcionalidade nacional (diante da imutabilidade das coisas naturais se e deve apenas conhecimento e respeito), justiça como liberdade contratual (justiça garantida por meio de um contrato que a assegure), justiça como igualdade social (se exige de cada um conforme sua capacidade e se dá conforme sua necessidade), justiça como bem-estar coletivo (assistência sanitária e direito à saúde vistos como política pública), justiça como equidade (distribuição da justiça a todos na proporção de suas necessidades).

Diante de tantas teorias e de tantos significados atribuídos ao princípio da justiça é natural que se verifique dificuldades para se afirmar sua eficácia, no campo da bioética, verificar a distribuição de verbas para a saúde, para a pesquisa científica, para cuidados paliativos. Há dificuldades práticas para concretização da justiça no âmbito da saúde, por mais equilibrado que seja o Estado, os recursos não são inesgotáveis, não atendendo aos reclames de toda a população.

No Brasil é visível a precarização dos serviços públicos de saúde<sup>8</sup>. Para os pacientes fora de condições terapêuticas atuais a promoção do completo bem-estar físico, mental e social desses pacientes ainda é muito precário, não dispondo de amplos cuidados paliativos, embora o direito à saúde<sup>9</sup> seja um direito fundamental, a sua eficácia ainda é deficitária, “haja vista a reiterada omissão do Poder Público de concretizar prestações positivas para efetivá-lo” (CECÍLIA MARREIRO, 2012, p.78).

---

<sup>8</sup> Há uma grande divisão social no serviço público de saúde e nos serviços particulares, enquanto o primeiro encontra-se sucateados, o segundo, dispõe de sofisticada tecnologia hospitalar (diagnósticos rápidos e mais precisos), assegurando maior êxito na terapia do paciente, (CECÍLIA MARREIRO).

<sup>9</sup> O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal no seu artigo 196: “ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, (1988).

De todas as teorias de justiça apresentadas a que assenta melhor no Estado Democrático de Direito é a justiça como equidade<sup>10</sup>, promovendo a saúde de acordo com sua necessidade, conduzindo com imparcialidade o direito de cada um na condução de seu destino.

Para Cilene Junqueira (2019) é através do princípio da justiça que se fundamenta a possibilidade de recusa do médico de realizar um determinado procedimento, desejado pelo paciente e até legalizado, é o que se chama de objeção e consciência<sup>11</sup>.

Assim, os princípios da beneficência, da autonomia e da justiça são os vetores da atividade médica, orientam nas atuações médicas nos casos concretos, na tentativa apresentar os melhores benefícios ao paciente, especificamente, aquele fora de condições terapêuticas atuais.

A questão é: até que ponto a ciência pode avançar, sem ferir direitos fundamentais do homem? O conhecimento metódico e a tecnologia se desenvolvem sem parar, hoje é possível que a morte seja prorrogada por tempo indefinido. O desenvolvimento do saber científico é necessário para que o indivíduo possa conhecer, compreender, explicar e aplacar fenômenos naturais que lhe prejudiquem e o desenvolvimento da tecnologia para dar opções ao ser humano quanto a melhor satisfação de suas necessidades em menor custo e melhor tempo.

Observe-se que toda celeuma que se apresenta em volta dos princípios bioéticos em respeito à terminalidade é por conta da tecnologia, pela cessação ou não de tratamentos, pelo desligamento ou não de máquinas, por tratamentos custosos e que não levarão a cura, porque se o morrer se deu naturalmente, sem espera por escolhas, a morte apenas será sentida, e não discutida. Daí a importância dos princípios para se fazer tudo que a tecnologia alcança, com exceção dos tratamentos inúteis, se assim o paciente tiver sido esclarecido e livremente concordado, de forma imparcial.

A ética e o direito sempre se relacionaram, pois um influencia o outro, e diante de uma sociedade abstrusa, que gera questões complexas se faz

---

<sup>10</sup> A justiça como equidade é a que melhor traduz o Estado de Direito porque se aplica, segundo John Rawls, a uma democracia constitucional moderna, com ideia de pessoas livres e iguais que cooperaram entre si, tornando imparcial a distribuição de benefícios (1992).

<sup>11</sup> O exercício da objeção da consciência será melhor apresentado quando for tratar-se da Resolução do CRM n.º 2. 232/2019



necessário não apenas uma norma de conteúdo ético profissional capaz de determinar os objetivos, as orientações, os procedimentos mais adequados a serem tomados, ou que, possivelmente, já exista na própria sociedade, como dever moral, mas normas exteriores que limitam os excessos, com cominação de penas.

O direito como um conjunto de normas postas, sistematizado e padronizado para conduzir a conduta do homem, impondo sanções em face do seu descumprimento, é capaz de salvaguardar os direitos fundamentais do homem restringindo determinadas ações para que suas consequências sejam colhidas não apenas para os vivos, mas, também, para gerações futuras.

Afinal, a vida em sociedade e as relações que delas se originam têm as normas positivadas como indispensáveis para regular condutas e alcançar equilíbrio na organização social.

A legislação positivada promove o dever ser do cientista, do profissional médico, do paciente, do hospital, da família do paciente e de todos que se envolvam nas decisões a serem tomadas que modificam historicamente o bem-estar físico e psíquico do enfermo.

Para os médicos, a intervenção jurídica surge com o objetivo de disciplinar a prática social e aplicar sanções àqueles que cometem danos por imprudência, imperícia e negligência no exercício do seu labor (CECÍLIA MARREIRO, 2012), uma vez que estes profissionais atuam com os valores humanos mais basilares<sup>12</sup>: vida e morte.

Dizer os limites do que pode ser cientificamente testado, tratar a vida como direito absoluto, estabelecer conceito de dignidade humana, são questões que implicam em conflito de valores, e que têm o direito como regulador e último apelo de proteção à tutela jurídica.

---

<sup>12</sup> No contexto de garantir direitos, os direitos humanos são os que não podem ser violados de nenhuma forma. Inicialmente surgiram os direitos de liberdade, depois os de igualdade, e mais tarde os de solidariedade, conhecidos como as três dimensões do direito. Atualmente, as dimensões mencionadas não abrangem mais todos os direitos que devem ser garantidos na preservação de uma vida humana digna, por isso surgiram os direitos de quarta dimensão fundamentados na evolução biotecnológica e suas derivações: o direito à informação, à democracia e ao pluralismo (BONAVIDES, 2015) e, também, as discussões sobre início e final de vida, manipulação genética e biotecnologia (MATHEUS MABTUM, e PATRÍCIA MARCHETTO, 2015).

Para as práticas médicas em doença fora de possibilidades terapêuticas atuais o direito impõe através de seus dispositivos legais instrumentos que regulam a vida em sociedade, tanto para orientar, através do direito objetivo, como para requerer diante da lesão ou ameaça da direito objetivo. E das práticas relativas a preservação da dignidade da pessoa humana e o avanço científico têm o biodireito como pilar.

Para Júlio Oliveira (2013) o biodireito tem como foco estabelecer os limites de licitude entre os avanços científicos e os valores relativos aos direitos humanos protegidos, diferenciando-se da Bioética porque esta estabelece condutas não coercitivas, e o biodireito regulamenta atitudes lícitas, definindo seus contornos com os olhares da proteção do princípio da dignidade da pessoa humana. O biodireito surge como a normatização jurídica das ações permitidas junto à comunidade médico-científica e de punições exteriores, emanadas da força do Estado, para quem as descumpre.

Matheus Mabtum, e Patrícia Marchetto (2015) expõem que o biodireito pode ter surgido em 1969, por conta de denúncias de abusos em pesquisa com seres humanos, Daniel Callahan e Wilard Gaylin, o primeiro filósofo e o segundo psiquiatra, levaram os fatos à comunidade acadêmica, partindo daí as primeira reflexões entre direito, ética e vida.

Os avanços das biotecnologias, e as consequências advindas deste desenvolvimento, revelam-se pontos importantes em relação ao princípio da integridade psicofísica, surgindo o biodireito, que ainda não possui uma regulamentação jurídica adequada, mas que suas raízes já são profundas, temas instigadores e recorrentes na atualidade fazem parte hoje do biodireito, como: reprodução assistida, congelamento de embriões, procriação *post mortem*, mudança de sexo, transplante, clonagem (MARIA CELINA MORAES, 2003).

É no biodireito que os problemas decorrentes dos atos de disposição do próprio corpo surgem e diante dos inúmeros dilemas, não se acomodam apenas no direito, mas também na área da medicina, na biomedicina. E daí advém a necessidade de se estabelecer limites externos tanto de natureza ética como de natureza jurídica, pois as informações privadas interessam apenas à própria pessoa, ou seu representante no âmbito individual.

Não há biodireito, sem bioética, pois aquele está associado aos princípios da bioética de fazer o bem, com justiça, observando a autonomia da vontade da pessoa. No caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais é imperioso que lhes sejam assegurados os seus direitos fundamentais.

Portando, pode-se afirmar que a bioética e o biodireito se complementam, é através do biodireito que as discussões na bioética se alinham às normas estabelecidas, aos princípios constituídos e a efetivação de direitos e garantias fundamentais, restringindo os avanços científicos em nome dos valores mais caros para uma sociedade.

Em vista destas reflexões será que o médico ao ter conhecimento da irreversibilidade e terminalidade do paciente pode desligar os aparelhos aos quais o seu paciente está unido? Deve promover a morte rápida do paciente para que simplesmente ele não sofra? Para responder estas questões se faz necessário o conhecimento de conceitos que aliviam o sofrimento pela morte, mas que podem gerar condutas éticas ou antiéticas como: eutanásia, suicídio, distanásia e ortotanásia, adiante analisados.

Portanto, o fato é que a bioética e o biodireito buscam contribuir nas decisões acerca dos procedimentos, tratamentos e cuidados que devem ser apresentados ao paciente e, também, no julgamento da conduta profissional do médico. Os comitês éticos passam a existir para auxiliar no comportamento e na análise dos dilemas das relações médico-paciente.

O Código de Ética Médica (CEM) surge como um instrumento consubstanciado de normas e princípios que passam a regular o exercício do médico, suas condutas e punições, para o caso de descumprimento. O primeiro CEM foi elaborado por Thomas Percival, que inicialmente (1803) buscou superar os conflitos dentro da própria classe, formar o caráter de jovens médicos e dar contornos morais à profissão. Depois foi convidado pela Associação Médica Americana para desenvolver um Código de Ética moderno, compreensível e capaz de disciplinar as condutas médicas relacionadas aos hospitais e aos profissionais da medicina. O Código de Ética Médica foi apresentado em 1847 a Associação Médica Americana e à Academia de Medicina de Nova (NEDY NEVES, 2005)

É através do CEM que o comportamento médico é normatizado, fiscalizado e limitado, que se orienta a conduta desejada e socialmente aceita e

ainda, às vezes a direção muito difícil de ser tomada. Embora como a relação médico-paciente faz parte de uma relação social, é possível que algumas vezes esta relação transcenda para a dimensão social ou para normas acima das traçadas pelos Conselhos de Medicina, quando a conduta médica infringe uma lei estabelecida.

E muitos outros Códigos de Ética Médica se seguiram e tiveram mutações a partir das complexidades dos problemas sociais identificados, problemas surgidos por conta do desenvolvimento social, técnico científico e profissional.

No contexto brasileiro foi a Lei n.º 3.268/1957 que instituiu o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais, delegando a estes órgãos o dever de orientar e disciplinar as condutas dos profissionais da medicina em todos os Estados. O primeiro CEM foi publicado em 1965 com forte orientação paternalista, na qual o médico era o sujeito e o paciente o objeto, e individualista, devendo o médico prescrever o tratamento ao paciente, independente da autodeterminação daquele (CECÍLIA MARREIRO, 2012).

No Brasil, o Código de Ética Médica mais atualizado foi publicado no Diário Oficial em 2018, através da Resolução 2.217/2018 merecendo destaque os princípios fundamentais que norteiam o exercício da medicina sempre honrando a profissão, promovendo a saúde sem discriminação, com zelo e dando o melhor de si, aprimorando seus conhecimentos e utilizando-os em benefício da sociedade e de seus pacientes, a quem deve guardar respeito.

Também consta entre os princípios orientadores do Conselho de Ética Médica (Resolução 2.217/2018) a possibilidade do médico em prestar serviços que contrariem sua consciência, salvo nas situações de urgência e emergência, quando não há um médico substituto e cuja recusa poderá trazer danos ao paciente. Devendo sempre o médico aceitar as escolhas do paciente desde que adequadas ao seu caso e cientificamente reconhecida, no que diz respeito aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, deverá o médico evitar procedimentos desnecessários, propiciando toda sua atenção nos cuidados paliativos.

Envolvendo as questões de bioética e terminalidade faz-se necessário, especialmente, para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais, o

comentário de dois incisos principiológicos do Código de Ética Médica, constante no Capítulo I, intitulado, Princípios Fundamentais, os incisos XXI e XXII.

O inciso XXI do CEM orienta que o processo de tomada de decisões pelo médico deverá ser conforme sua consciência e determinações legais, no entanto o médico deverá aceitar as escolhas dos seus pacientes quando se tratar de procedimentos diagnósticos e terapêuticos expressados por eles, desde que se apliquem ao caso e haja o reconhecimento científico. Neste ponto o Código de Ética Médica expõe claramente o princípio bioético da autonomia do paciente e do médico, proporcionando o diálogo entre médico e paciente, de forma a possibilitar ampla cooperação, respeitada a dignidade do paciente (CFM, 2018).

Através do referido inciso XXI, do Capítulo dos Princípios do CEM fica expoente a liberdade do enfermo em decidir, por consentimento informado, por sua livre vontade, a conduta médica a ser administrada, configurando o dever do profissional da medicina em respeitar a autonomia do paciente e o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais não se encontra com ressalvas ou qualquer exceção a esta recomendação(CFM, 2018).

Contudo, a autonomia do paciente não é absoluta, encontra-se limitada por critérios que protegem valores superiores. Assim, é possível que o médico não acolha a vontade do referido enfermo, se julgar que naquele momento há um interesse público relevante ou que a conduta desejada por ele que não é aceita pela literatura médica, caso o paciente insista o médico não poderá intervir, oportunidade na qual poderá recusar-se a continuar com o atendimento sob o fundamento dos ditames de sua consciência (EDMILSON BARROS JÚNIOR, 2019). Lembrando que nos casos de urgência e emergência, na ausência de outro profissional, é imperativa o atendimento médico de acordo com as condutas terapêuticas que melhor se alinharem às práticas científicas. Portanto, há limitações na autonomia do médico e do paciente.

O inciso XXII, do Capítulo I dos Princípios Fundamentais do CEM, Resolução 2.217/2018, estabelece que o médico poderá se abster de realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários quando constatar a situação clínica do paciente como irreversível e terminal, promovendo os cuidados paliativos. A origem deste inciso está na Resolução 1.805/2006 comentada neste trabalho.

Fica evidente no CEM atual que quando não há possibilidades de cura, onde não há êxito com os recursos disponíveis e o quadro clínico se encaminha, concomitantemente, para a irreversibilidade e terminalidade da vida, o Conselho de Medicina adota uma concepção humanitária, determinando que o médico evite a carga de consternação do doente e não insista em prolongar um sofrimento que pode ferir o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana (EDIMILSON BARROS JÚNIOR, 2019).

O Conselho de Ética Médica é hoje o principal instrumento de concretização da bioética e do biodireito, trançando recomendações, apresentando comportamentos aceitáveis e prescrevendo sanções para comportamentos que se desviam dos princípios da bioética para os seus associados.

### 3.2 OS PRECEITOS RELIGIOSOS EM TORNO DO DIREITO À MORTE DIGNA

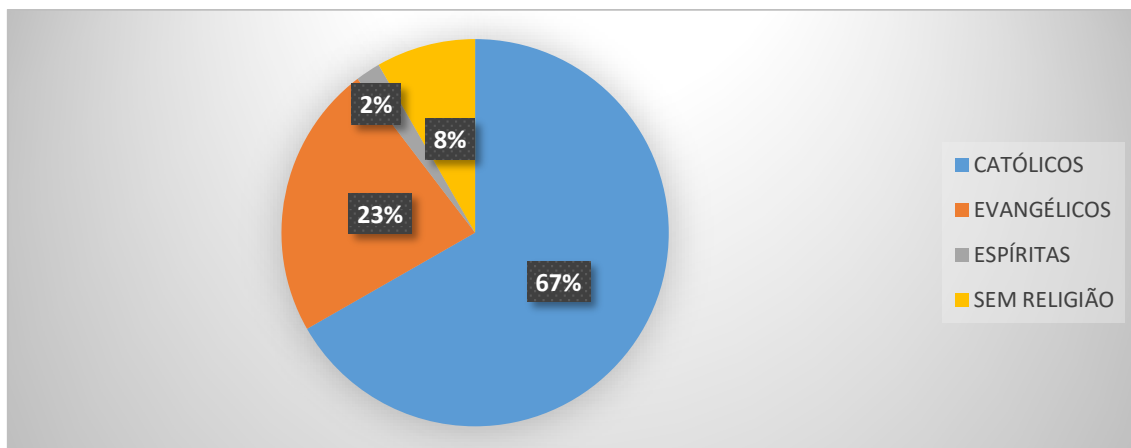
A grande maioria da população se apega à religião porque é através dela que o homem se sente mais forte para poder enfrentar a morte. Estuda-se qual é a posição das religiões sobre a antecipação e prorrogação da morte, e também, sobre a morte ao seu tempo natural. Afinal, as religiões propagam para os seus fiéis sobre o ato de dispor da vida, o indivíduo toma suas próprias decisões sobre o processo de morrer, muitas vezes, alicerçado na sua fé, de acordo com seus preceitos religiosos.

A religião, em regra, é coadjuvante ao direito à morte digna, quando este direito não é retirar a própria vida ou a vida de outrem, tanto a legislação, quanto a religião impõe formas de como deve ser, geralmente, afirmando que o indivíduo deve permanecer vivo a qualquer custo, situação esta que vem tendo um novo olhar pelas autoridades eclesiásticas.

O cristianismo é a religião que mais caracteriza a sociedade ocidental, possui um único Deus e Ele tem poder e estar em todos os lugares e tem a consciência de tudo que acontece com suas criaturas, pois ele é onipotente, onipresente e onisciente. Para os cristãos a vida é sagrada, ela é concedida por Deus e somente ele pode retirar, rejeitando veementemente o homicídio, mesmo que seja por compaixão, e o suicídio. No Brasil os dados do IBGE são de que 92

% da população brasileira é cristã, se é cristã acredita em uma outra vida que não seja a terrena, e desta 67% é católica apostólica romana.

Gráfico 1-População Residente por religião no Brasil



Fonte-IBGE (2020)

De acordo com Mônica Vieira (2009, p.153), embora sendo o homicídio e o suicídio considerados pecados capitais para o cristianismo, ainda assim é possível aceitar, em certas condições, “a supressão de recursos médicos ministrados ao paciente desacreditado, quando o processo de morte se mostra irreversível e as consequências do prolongamento da vida do doente causam a ele, à família e à comunidade mais danos do que benefícios”

Em 1980 a Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé (1980) da Igreja Católica apresentou uma declaração sobre a eutanásia, iniciou o documento afirmando que o tema da eutanásia tinha bastante significado na contemporaneidade, mas que deveria ser reafirmada a dignidade da pessoa humana e mais do que isto, o seu direito à vida, e refutada qualquer atitude que lhes tirassem: aborto, eutanásia, suicídio, homicídio. Que a vida humana, independentemente de religião ou filosofia, é o fundamento de todos os bens, é um bem sagrado.

Não é porque há avanços na medicina e mudanças na cultura de um povo que a Igreja deixa de ter uma conduta diferente para as questões sobre o final da vida, a eutanásia é considerada para a religião católica uma violação da Lei Divina.

Na Declaração da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé (1980) sobre eutanásia foi afirmado que o cristão é aquele que crê em um Deus Criador

que concede a vida e o seu tempo, tendo a pessoa humana a responsabilidade de conserva-lo e por estas razões nenhuma pessoa deve atentar contra a vida de outro, que todos os homens deve se conformar com a vida que têm e que ela só será perfeita na vida eterna e, ainda que, o suicídio voluntário é, como o homicídio, inaceitável.

Entendendo a Congregação a eutanásia como uma “ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca a morte a fim de eliminar toda a dor”, declara que nenhuma pessoa pode autorizar que se dê a morte de outra pessoa, tratando-se de uma violação da lei de Deus, mesmo que hajam dores prolongadas e até insuportáveis, que seja motivado por motivo de afeto e caridade (CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, 1980).

Para a Congregação para a Doutrina da Fé (1980) o que falta é ajuda e afeto nos momentos de sofrimento dos doentes graves, e que mesmo que implorem a morte esta expressão deve ser compreendida de tal maneira, que a compreensão deve se dar em relação ao que o doente verdadeiramente necessita: amor e calor humano<sup>13</sup>.

No entanto, a Congregação reconhece que quando a morte é precedida de sofrimento insuportável e prolongado, não deixa de ser uma participação na Paixão de Cristo, no entanto, não se pode impor o sofrimento para todos de forma heroica, apenas para aqueles que desejarem e suportarem, por isto a “a prudência humana e cristã aconselhará para a maior parte dos doentes o uso dos medicamentos capazes de suavizar ou suprimir a dor, mesmo que surjam efeitos secundários, como torpor ou menor lucidez”, inclusive, com presunção do desejo de suavizar a dor, para àqueles que não podem exprimir sua vontade, porque é questão de dever moral, caso não haja descumprimento dos deveres religiosos (CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, 1980).

---

<sup>13</sup> No filme *Mar Adentro* passa uma cena na qual um padre paraplégico vai até a casa de Ramón, na tentativa de dissuadi-lo a não praticar a eutanásia, utilizando as fundamentações religiosas para o seu convencimento. Ramón ficou tetraplégico por conta de um mergulho no mar de cima de um penhasco e que sempre foi muito amado cuidado pela família. Em entrevista, antes da visita, para uma rede de TV, o referido padre, mesmo sem conhecer a família de Ramón, disse que o que lhe faltava era amor fraternal. Há no diálogo entre Ramón e o Padre, um momento em que o padre diz que a vida pertence a Deus e uma liberdade que elimina a vida não é liberdade verdadeira, ao que Ramón responde: uma vida que lhe tira a liberdade também não é vida. O filme foi baseado em um caso real de Ramón Sampederro, que comoveu toda a Espanha ( *MAR ADENTRO*, 2004).



Por fim a Declaração sobre a eutanásia da Congregação para a Doutrina da Fé (1980) certifica que ação do homem para com o doente deve ser proporcional, utilizando-se os meios proporcionais e não os proporcionados, porque todos devem ter se preparado conscientemente para o encontro com Cristo, assim, a Igreja Católica assevera que:

- a) se não há outra forma de tratamento, que se deve recorrer a medicina avançada, até em situação experimental, para que possa ajudar futuramente outras pessoas;
- b) é permitida a interrupção de medicamentos, quando o tratamento não possui benefícios, desde que assim seja o desejo do enfermo e de seus familiares
- c) recusar a tratamentos médicos, na iminência de uma morte próxima, não é considerado suicídio, é a aceitação da condição humana da imortalidade da vida eterna, é condição de respeito à dignidade do paciente.

Um documento mais recente, de 1995, também da Igreja Católica, trata sobre a terminalidade é a Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, escrita pelo Papa João Paulo II.

O Papa João Paulo II declara na Encíclica supracitada que a eutanásia está avançando sobre toda uma sociedade que não pensa no outro, que o idoso, por não ser mais capaz, ou por estar debilitado não possui a eficiência necessária para viver e que por isto não possui mais valor, fica isolado da família e da sociedade. Na mesma Carta o Papa condenou a distanásia, dizendo que se as intervenções médicas não são mais adequadas ao paciente, se não proporcionam resultados satisfatórios ou por demais gravosos para o enfermo e sua família não há porque relutar contra o destino (MARIA DE FÁTIMA SÁ; DIOGO MOREIRA, 2012).

Não há dúvidas de que a Igreja Católica vedou a eutanásia e a distanásia, mas deixou claro que a vida tem um curso, e que a natureza não pode ser modificada.

Foi com o propósito de deixar a natureza seguir seu curso que no ano de 2005 o então papa João Paulo II, após uma série de complicações em sua saúde que lhe rendeu duas internações hospitalares, uma traqueostomia e uma sonda nasogástrica, afirmou aos seus assessores que preferia permanecer e terminar os seus dias em seus aposentos oficiais no terceiro andar do Palácio Apostólico, ao invés de ir para o hospital e ser submetido a novos tratamentos médicos (MARIA DE FÁTIMA SÁ; DIOGO MOREIRA, 2012, p.127).

Em relação as Igrejas Evangélicas, consideradas cristãs, têm consenso quanto ao prolongamento inútil da vida, sendo vedada a eutanásia considerada pecado capital, crime contra a lei divina, contra a santidade da vida (MÔNICA VIEIRA, 2009).

O espiritismo se assemelha em alguns pontos com as religiões cristãs, a diferença maior está na crença da reencarnação do homem em outro corpo humano. Para o espiritismo o ser humano está em processo de aperfeiçoamento e, por isto o paciente em estado de terminalidade deve aprender a ser resiliente e aceitar o seu destino, aproveitando até o fim a possibilidade de se tornar uma pessoa espiritualmente mais evoluída, por isso a eutanásia e o suicídio não são admitidos, porque quebra o processo de aprimoramento, e algumas vezes, segundo Álvaro Salles (214), nem a ortotanásia.

As religiões afro-brasileiras, umbanda e candomblé, são muito ligadas à natureza, seus seguidores veem o paciente em terminalidade ligado à energia da natureza, por isso mesmo em estado final o paciente adepto não pode ficar emotivo, porque isso pode lhe deixar vulnerável, permitindo que espíritos desencarnados oportunistas possam se alimentar de sua energia.

Nessas religiões de matriz africana há permissão de oferenda de um animal para melhorar a saúde do paciente em fase terminal, mesmo que ele esteja inconsciente. Em geral, os hospitais não aceitam tal rito, ocasião em que os pacientes são retirados do hospital para que se possa executá-lo. Os seus adeptos aceitam a ortotanásia, se o chefe do terreiro assegurar que o espírito já não se encontra mais no corpo (ALVARO SALLES, 2014). Entretanto, a eutanásia e o suicídio assistido são erros dolorosos, porque o espírito irá vagar um bom tempo no vale dos suicidas, sem ser severamente punido e até poder se reencarnar novamente (PAI WAGNER VENEZI, 2020).

O judaísmo é a religião monoteísta mais antiga do mundo, os seus praticantes têm a morte como o término do ciclo da vida e se o praticante encontra-se enfermo, ele é “encorajado, assistido e consolado” (MARIA DE FÁTIMA SÁ; DIOGO MOREIRA, 2012). Nem o suicídio assistido, nem a eutanásia são aceitos no Judaísmo, ambas são mortes prematuras e aquele que puder por sua ação evitar que estes atos aconteçam, mesmo encontrando-se a pessoa em situação próxima de morte e se omitiu, é considerado um assassino pela religião (SZLAJEN, 2015).

Já os judeus não negam a morte, eles enfrentam o término da vida com grande naturalidade.

Para o Judaísmo, encontrando-se o enfermo em processo de prolongamento da vida, apenas para que ele tenha quantidade de dias e não qualidade, é permitido que a dor e sofrimento possam ser controlados com medicamentos e filosofia judaica ainda admite que sejam suspensas as terapias inúteis a fim de que a morte se apresente (MÔNICA VIEIRA, 2009).

Segundo Szlajen (2015) para os judeus, a prática da eutanásia ocorre, principalmente, por conta do desrespeito moral, para evitar custos ou cuidados e dedicação necessários à pessoa em dificuldade, para o autor as pessoas mascaram seus verdadeiros interesses para tirar a vida de outra pessoa de forma prematura e alegam, no caso de pacientes terminais, que é ato de misericórdia.

O paciente judeu fora de condições terapêuticas atuais deverá colocar, sempre que possa, sua vida em ordem, arrepender-se durante a confissão, ser encorajado, acolhido, consolado e assistido (MARIA DE FÁTIAMA SÁ; DIOGO MOREIRA, 2012).

O Hinduísmo não aceita a eutanásia ou o suicídio assistido em nenhuma fase da vida, ele considera que há uma transmigração da ala e da libertação da existência material quando depois de várias reencarnações se concluiu o seu ciclo. A vida para os hindus é a morte e a morte é a vida, porque somente através da morte é possível a reencarnação, o corpo padece, mas a alma permanece imutável. A reencarnação poderá se dar como pessoa, animal ou planta, dependendo do modo como se morre. O paciente terminal deverá ficar feliz para atingir o nívana, pois libertará a alma (LÚCIO VALERA, 2012; KIRITKUMAR BACHU, 2018).

Diferentemente, de outras religiões, o Budismo não crê em um Deus, e tudo que é da natureza faz parte de um grande universo, assevera que a mente e corpo do homem estão ligados, alguns sugerem, inclusive, a negação de transplante de órgãos (MÔNICA VIEIRA, 2009).

O Budismo teve como fundador *Siddhartha Gautama* (480-400 a C), mais conhecido como Buda, o que os seus seguidores pretendem é chegar um estágio tal que possa atingir a perfeição, ao ápice de um estado de espírito e de um esmero moral caso a pessoa viva de acordo com as lições do líder.

Embora não existindo um Deus sobre todas as coisas e criaturas, os budistas creem que a vida na terra é passageira e desde que o homem esteja livre de desejos e pensamentos terrenos, a qualquer momento poderá conhecer a nova vida que lhe espera, portanto, reconhece o suicídio como o exercício da autonomia das pessoas de escolherem quando estão prontas para a passagem.

Mônica Vieira (2009, versão on line) conta que no código Samurai havia uma combinação entre a irmandade para a prática da eutanásia decorrente dos seguintes propósitos: “evitar a morte inevitável por mãos de outros; escapar de um período prolongado de dor insuportável ou de sofrimento psicológico, quando não podiam continuar a ser membros ativos e úteis para a sociedade”. Portanto, a vida não deverá ser preservada a qualquer custo, até porque a experiência de morte para os budistas acontece várias vezes, pela reencarnação,.

Assim, para o Budismo o suicídio e a eutanásia são práticas possíveis, desde que o sujeito ativo o faça por compaixão e o sujeito passivo esteja em paz com sua mente no momento da finitude da vida.

Dentre as religiões não cristãs, o Islamismo, por sua vez, dentre as religiões do mundo é a mais jovem, surgiu logo depois do cristianismo. A população muçulmana mundial circunda em torno de 1 bilhão de adeptos. A religião, elaborada por conspícuos eruditos e juristas se baseia no Corão e na Suna (escrito sobre as ações e ditos realizados pelo Profeta Maomé) e daí traçada a Declaração Islâmica dos Direitos Humanos para o mundo contemporâneo (LEO PESSINI, 2007).

Para o Islamismo a vida e o corpo (mesmo após a morte) são sagrados e invioláveis, qualquer lesão ou morte deve ocorrer sob o manto da lei, não por ação voluntária do homem. A fonte do homem é Deus, e a pessoa humana, por Ele passou a ser dotada de consciência para pensar e agir. E a vida, esta divindade dada por Deus, somente Ele poderá retirar.

Segundo Leo Pessini (2007), “no Islamismo, a dignidade humana está baseada em um sistema harmonioso. O respeito à pessoa humana se explica e se fundamenta em todos os seus aspectos no seguinte: tudo o que é abrangido pelo céu e pela terra está a serviço da pessoa humana”. Respeitar uma pessoa, é respeitar a todos, tirar uma vida, é como se tivesse tirando a vida de todos. E são por conta destas condições de sacralidade da vida, que o Islamismo proíbe

qualquer forma de aniquilamento da vida humana, seja da própria pessoa, a pedido dela ou não, seja de outrem.

Para o Islamismo tudo vem de Deus, que as mãos do médicos são apenas instrumentos utilizados por Deus para salvar vidas e que portanto, o médico, mesmo por motivos piedosos não poderá desligar um paciente, devendo identificar o momento do chamado para Deus e portanto, não utilizar meios extraordinários para manter a vida, apenas quando for possível, deverá prestar os cuidados paliativos.

### 3.3 O DIREITO À VIDA, O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEUS PRINCÍPIOS GRAVITADORES

Desde que o mundo existe os direitos inerentes ao homem sempre foram objeto de luta, defesa pela vida, direito prioritário, pelo seu bem-estar. A vida sempre foi valorizada pelo homem, contudo em razão das atrocidades cometidas na segunda guerra mundial houve a necessidade das nações afirmarem universalmente estes direitos e o marco inicial foi a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH), em 1948, que no seu artigo terceiro reconheceu que todo homem possui direito à vida, a liberdade e a segurança pessoal (Declaração..., 1948).

No sentido de cumprir as determinações da DUDH muitos documentos internacionais que se seguiram positivaram a vida como um direito específico, protegendo-a, inclusive, abolindo ou impondo a pena de morte apenas para os crimes mais graves ou em caso de guerra. Exemplo encontra-se no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966, que previu a pena de morte apenas aos crimes mais graves, e depois, o Segundo Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, de 1989, determinando a abolição da pena de morte aos países aderentes, com exceção em períodos de guerra, o Brasil foi um dos países que ratificou o tal documento (INGO SARLET et al, 2014).

Embora o Brasil tendo ratificado o Segundo Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos somente em 2003, desde a Constituição de 1946 o direito à vida, expressamente recebe a proteção como

um direito individual, sendo abolidos a pena de morte e prisão perpétua, salvo em caso de guerra (art. 141, § 31, CF, 1946).

Portanto a vida como bem maior para os seres humanos é protegida constitucionalmente no Brasil. O direito à vida no Brasil é expressamente imposto como direito fundamental inviolável, consubstanciado no art. 5º, caput da Constituição Federal de 1988.

Mas o que é vida? O conceito de vida é biológico, uma vez que se reporta à existência física e com ela todas as consequências éticas e jurídicas pertinentes ao seu desenvolvimento até que ela chegue ao seu final. A vida é um bem jurídico que tem a morte como seu aporte final e irreversível.

Cilente Junqueira (2019) apresenta três características que podem ser observadas sobre a vida para informar o seu valor: a primeira é a continuidade, a vida faz parte de um processo contínuo, sem interrupção enquanto ela existir; é coordenada, porque o DNA atribui a cada pessoa uma identidade genética que lhe é própria, toda pessoa é diferente de outra, com possibilidades e desejos diferentes e, o terceiro é a progressividade, a vida tem um caráter progressivo. Para o autor diante das características que contemplam a vida do sujeito, ela possui o valor pelo fato de simplesmente o sujeito existir como tal.

“Em apertada síntese, é possível afirmar que o direito à vida consiste no direito de todos os seres humanos de viverem, abarcando a existência corporal no sentido da existência biológica e fisiológica do ser humano” (INGO SARLET et al, 2014, p.366), neste conceito portanto, verifica-se a vida no seu sentido biológico e fisiológico, desatrelado de concepções valorativas de ordens moral, religiosa ou social.

A vida é limitada sem que se saiba a data do seu término, no entanto, para as pessoas fora de possibilidades terapêuticas atuais se tem conhecimento que a morte é iminente, a vida passa a ser mais valorada ainda, ocasião em que decisões importantes são tomadas pelo paciente, pela família, pelo médico que os acompanha.

Para que os médicos no dia a dia possam estabelecer caminhos a seguir é preciso que tenham em mente o valor da vida humana, para tanto se faz necessário que trilhe os caminhos determinados pelo direito e pela ética porque são eles que darão respostas para a tomada de decisões que se cercam sobre o valor da vida.

E na concepção da vida protegida juridicamente pelo Estado, qual é o seu valor? Constitucionalmente há a proteção da vida com indisponibilidade a outrem que não seja o seu titular, mas não um dever de viver que seja imposto àquele. Que a vida não é apenas sobrevivência, mas bem estar, assim o texto maior garante vida digna.

Não se chegará a um ponto comum para que se possa dimensionar o que seja e como se dá a valoração da vida, pois cada pessoa possui suas idiossincrasias, mas é dever do Estado proteger uma vida digna.

Pode-se dizer que, atualmente, há um embate entre os defensores da vida como direito absoluto e os que desejam que a vida seja preservada com qualidade, relativizando a sua sacralidade.

Para Leo Pessini e Christian Barchifontaine (2012) é necessário que se entenda o valor da vida pela própria experiência e de que ela deve ser vivida com dignidade. Contudo os autores contemporizam que todos os indivíduos têm experiências diferentes diante da vida, e quem lhe dá o valor que ela possui é o próprio homem, preservando-lhe.

No que toca aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais às suas vidas como direito fundamental, têm valor, contudo o valor a elas agregados depende de outros fatores que devem ser considerados pelo médico a fim de estabelecer uma morte digna ao paciente: a) identificar os desejos e valores do paciente terminal, b) considerar que a qualidade de vida é o centro da atividade médica, auxiliar a viver bem e a morrer bem, ajudando na compreensão de que uma vida tem objetivos e que a vida biológica tem um fim e c) tomar decisões conjuntas com o paciente, que importem em decisões éticas, evitando o prolongamento do processo de morrer. Fatores que remetem aos princípios da bioética, da benevolência, justiça e autonomia, respectivamente.

O que está no centro das decisões faz parte da espiritualidade de cada um, o mero prolongamento da vida física pode estar alicerçado aos conceitos básicos de plenitude de vida do paciente, da religião que pratica, por isso nenhum tratamento poderá ser interrompido, mesmo que ele provoque dores insuportáveis.

De outro lado, quando há aceitação da terminalidade, juntamente com ela surge o desejo de promoção dos cuidados paliativos, e se é esta a decisão do paciente, é ela que deve ser efetivada. São estas escolhas que promovem as

decisões para o final da vida e que devem favorecer uma conduta ética implacável, alicerçada pelo direito, depois de uma clínica médica acertada.

O direito à vida e o direito da dignidade da pessoa humana encontram-se claramente assegurados pela Constituição Federal (1988), na categoria de direitos fundamentais.

O estudo da ADPF 54 neste trabalho será importante, não para afirmar o que já se sabe, que o Supremo Tribunal de Justiça decidiu por oito votos a dois pela interrupção da gravidez de gestantes com fetos anencéfalos, mas para demonstrar que houve uma mitigação do princípio do direito à vida como valor absoluto, priorizando a dignidade da gestante. Portanto, todos os seres têm direito à vida, mas ele pode ser relativizado em determinadas circunstâncias para tornar a vida digna. Mas de que trata o princípio da dignidade da pessoa humana? O que é dignidade?

Para o legislador, os princípios indicam como a lei deverá ser formulada, para o juiz, como o processo deve ser julgado. E quando há lacunas no ordenamento jurídico brasileiro, elas são supridas por analogia, costumes e, novamente, os princípios gerais do direito, nesta ordem, segundo a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB), integram as normas (BRASIL. Decreto-lei nº 4.657, 1942), portanto os princípios são norteadores e integradores.

O princípio da dignidade da pessoa humana é um princípio que deve dirigir a atuação de legisladores, julgadores, doutrinadores, na história da pessoa fora de possibilidades terapêuticas atual e todos os envolvidos, não é diferente, é ele o protagonista das decisões judiciais.

Tem-se o princípio da dignidade da pessoa humana como o mais importante a se tratar sobre os limites da vontade do médico e do paciente em estado terminal e sua autonomia na promoção de uma morte digna.

Foi o cristianismo que, pela primeira vez, tratou da dignidade da pessoa, que deve ser atribuída a cada indivíduo, pois, em geral, as religiões na antiguidade tinham vinculação da divindade com a coletividade organizada, e o cristianismo surge com vinculação direta do indivíduo com um mesmo e único Deus (MARIA CELINA MORAES, 2003). O princípio da dignidade é imanente da condição civilizatória do homem e do seu Estado, do Estado porque este deve partir da condição que cada homem é único, carregado de conhecimento,



experiências, dores e alegrias e garantido a dignidade, o Estado, também, deve assegurar uma existência digna.

No Brasil, foi com a Constituição Federal de 1988 que o respeito à dignidade da pessoa humana se tornou “um comando jurídico”, como foi afirmado anteriormente, embalada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, após as atrocidades do nazifascismo na Segunda Guerra Mundial, e outras legislações que se seguiram à DUDH, como a Constituição Italiana de 1947 e a Constituição Portuguesa de 1976, Constituição da Espanha de 1978, todas enunciando igualdade e dignidade em direitos.

E após a Constituição do Brasil de 1988 outras legislações se sucederam dispondo sobre a dignidade da pessoa humana, vale citar a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, de dezembro de 2000, que logo no preâmbulo estabelece que os povos da Europa passam a partilhar um futuro de paz, assentado em valores comuns e que a união devesse se estabelecer em valores indivisíveis e universais da dignidade do ser humano, e em outros princípios, como o da liberdade, igualdade e solidariedade. E não fica por aí, o seu primeiro artigo trata sobre a dignidade: “a dignidade do ser humano é inviolável. Deve ser respeitada e protegida” e no segundo artigo, estabelece o direito à vida a todas as pessoas (COMUNIDADES EUROPEIAS, 2000).

O princípio da dignidade da pessoa humana, no Brasil, encontra-se de forma expressa na Constituição Federal de 1988 (art, 1º, III) como fundamento. Aclarar o que motiva este princípio não é fácil, entretanto, pode-se dizer que seu conceito está envolvido no mínimo existencial, que conglera direitos sociais básicos necessários e indispensáveis a uma existência com excelência.

Quando a Constituição de 1988 trouxe o princípio da dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental norteador, não concedeu ao referido princípio apenas a tarefa de proteção à integridade física das pessoas ou eximi-las de tratamento cruel ou degradante<sup>14</sup>, terminantemente proibido pela Carta Magna.

---

<sup>14</sup> Artigo 5º “, III “ - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;”, CF. A Constituição Federal proíbe qualquer tratamento que viole a dignidade da pessoa humana (1988). O castigo cruel, desumano e degradante é banido pelo Direito Internacional, e é uma violação gravíssima aos Direitos Humanos, (ONU, 1948)

O que a Constituição Federal gerou, tornando o princípio da dignidade da pessoa humana condição de fundamento do Brasil foi que os valores do homem e ordem democrática devem andar juntos, e a vulnerabilidade humana deverá ser tutelada, esteja onde estiver, a quem quer que seja.

Que é, portanto, indiscutível a existência do princípio da dignidade da pessoa humana no texto constitucional, não há dúvidas, entretanto, encontrar-se no texto constitucional como fundamento, será suficiente para fazer com que seja assegurado, garantido e efetivado? O princípio da dignidade é intrínseco e indissociável à pessoa natural, é princípio permanente enquanto existir humanidade, portanto, o Estado transmutado para o Estado Democrático de Direito deve dispor de todos os meios para lhe conferir e lhe assegurar, não é um princípio criado, ou concedido, ele simplesmente existe como inerente a pessoa natural.

Portanto, é o Estado quem tem o dever fundamental de concretizar a dignidade, e esta deve ser bem considerada por não ser um valor que pode ser substituído por outro, o que parte daí uma certa dificuldade, por ter que estabelecer certos parâmetros, mas não acertar na sua inteireza por ser de valor interno. Atingir a dignidade do paciente em terminalidade deve ser um propósito do Estado, ele deve deixar meios, recursos, mas somente o paciente é que saberá quais utilizar.

O Estado não tem o dever apenas de se abster em praticar condutas que atentam contra a dignidade da pessoa humana, mas possui o dever de promover condutas positivas em busca pela efetivação do princípio, através de ações e diga-se que não é função discricionária, é função de ordem pública efetivar outorgas Constitucionais.

Ingo Sarlet (2011) apresenta a dignidade da pessoa humana insculpida no artigo 1º da Constituição Federal do Brasil de 1988 como um princípio que norteia todos os outros princípios, integrante, permanente e irrenunciável ao ser humano, que não deve ser visto apenas como um direito natural metapositivo, mas como uma necessária efetivação dos direitos fundamentais e protegidos pelo Estado.

O homem é o ser a quem o princípio deverá ser revelado e para o qual deve ser efetivado. Afirma Ingo Sarlet (2011) que foi Immanuel Kant quem desarraigou o princípio da dignidade de pessoa humana dos ditames religiosos.

Realmente, de acordo com a concepção kantiana a dignidade é um fim e não um meio, e que qualquer forma de instrumentalização e coisificação do ser humano deve ser repudiada, há, nesta perspectiva, de se perguntar acerca do início e fim da dignidade da pessoa humana, acalourando a discussão em torno da viabilidade e dos limites da eutanásia(2001)<sup>15</sup>.

Immanuel Kant trouxe a questão moral da pessoa humana, para que nunca pudesse ser vista como um meio para atingir finalidade, trata-se do imperativo categórico que está incluso em que o sucesso encontra-se na solução do fim último, qual seja aquele que pode ser alcançado no valor de meios simples, que segundo a razão faz progredir os interesses na humanidade, que é superior a tudo. Para o autor, o propósito final da razão, encontra-se no uso transcendental, que “diz respeito a três objetos: a liberdade da vontade, a imortalidade da alma e a existência de Deus”, (2001, p.647).

A ideia de Kant é fazer sempre o que se possa, desde que a ação lhe torne digno de ser feliz, desde que a sua felicidade não entristeça os outros. Para ele os princípios morais são necessários, e que a felicidade só chega se cada indivíduo se tornou digno por conta de sua conduta, que deve seguir sempre a sua vontade, desde que seja moral, porque a liberdade é em parte compelida pela moral e, em outra parte restringida por ela. A felicidade não se dá isoladamente, somente é possível ser feliz se houver boa conduta moral. A liberdade está, também, subordinada, segundo os princípios da razão, à promoção do bem do mundo para os próprios indivíduos e para os outros. O indivíduo deve considerar a razão, agir como um dever e não por dever, sendo racional, prevenindo erros, considerando beneficiar mais do que prejudicar, isso dá ao homem dignidade. (IMMANUEL KANT, 2001).

---

<sup>15</sup> O princípio da dignidade da pessoa humana pode ser observado no sentido filosófico-político quando se submete-se, inicialmente, a pensar a pessoa humana. Teóricos modernos como Thomas Hobbes, John Locke e Immanuel Kant trataram sobre o conceito de pessoa humana, sendo que Hobbes preferiu abordar o conceito apresentando a ideia de um novo Estado, afirmando que o início de um novo Estado seria através da soberania absoluta de uma só pessoa para que se concentre todas as vontades, contido nela o pertencimento de todos os poderes e direitos, com exceção o direito à vida. Enquanto Locke associa o fundamento do Estado a coesão de seu povo, e no povo está a pessoa, a que ele designa “si mesmo”, associa o termo pessoa a expressões como: “identidade”, “consciência” e “memória”, de modo que vê o ser humano a partir da consciência que este tem de si mesmo, trata-se de uma “identidade reflexiva” (MARIA CELINA MORAES, 2003, p.114).

O imperativo categórico de Kant orienta-se pelo valor básico e universal da dignidade da pessoa humana. E esta dignidade inspira a regra de ética maior: respeito pelo outro, que as categorias de valores no mundo social, o que importa são as coisas que não têm preço, por isso nunca se deve utilizar o homem como meio para alcançar qualquer fim (MARIA CELINA MORAES, 2003).

Esta construção do conceito filosófico-jurídico leva a reflexões acerca do conceito jurídico acerca do tema. Por certo que não cabe ao ordenamento jurídico determinar o conteúdo, as características, nem avaliar a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, as Constituições não o definem. O que o Direito faz é enunciar o princípio que está contido na consciência coletiva, dispondo de sua proteção. Não se pode, no entanto, deixar o princípio da dignidade humana na abstração, pois ele é concreto, significa, o estabelecimento da vontade, sem ferir a lei; a busca da felicidade, sem ferir o bem comum.

Portanto, deve existir um cuidado maior na delineação e no conceito do princípio da dignidade, porque é um princípio difícil de se delinear, em razão do seu alcance, pois ele se entranha em todos os setores jurídicos, e por isto pode ficar tão complexo que passa para a abstração, o que pode torná-lo inócuo.

O princípio da dignidade da pessoa humana é um valor supremo, imanente da condição civilizatória do homem e do seu Estado, que for devidamente ponderado, quando da existência de conflitos, o princípio da dignidade será aquele que irá equilibrar, fundamentar e solucionar a lide.

Desta feita, retorne-se aos postulados filosóficos de Kant que construíram o princípio da dignidade como um valor próprio da pessoa humana, o ser racional dotado de capacidade de pensamento, capaz de se autodeterminar, e de se socializar com outras pessoas, relacionando-se, também, com a natureza. Tudo o que fugir destes aspectos da pessoa, do sujeito, será coisa.

Em pensamento de igual natureza, Maria Celina Moraes (2003) desdobra a essência material da dignidade em quatro postulados: 1. O sujeito com valores morais que toma percepção da existência de outros indivíduos de natureza semelhante; 2. Indivíduos detentores de respeito à sua integridade psicofísica; 3. Indivíduo livre e capaz de autodeterminar-se e 4. Indivíduo que se soma a um grupo social, idêntico, com garantias de não vir a ser excluído.

A essência material do princípio da dignidade desdobrada por Maria Celina Moraes (2006) tem origem nos valores morais que precedem a organização social, pode, portanto, o princípio da dignidade humana ser considerado um super princípio, uma vez que visa o respeito e a preservação de outros princípios que em seu entorno gravitam, dentre eles: o princípio da liberdade, da igualdade, da integridade física e moral (psicofísica), o da proporcionalidade e o da razoabilidade e da solidariedade social.

O princípio da liberdade pode ser observado na medida em que o homem é livre para promover seus direitos existenciais, expressar suas preferências e exercer sua autonomia, inclusive, quando se trata de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, que têm o direito de morte digna, como respeito à sua dignidade.

O princípio da liberdade é o da liberdade substancial, pelo qual pode-se pensar acerca do corpo e da mente, dos quais o homem é seu proprietário. No entanto, há mitigações a este princípio, na sua forma individualizada, pois não pode ser utilizado ferindo interesses de terceiros ou da coletividade.

A liberdade individual é vista, atualmente, tendo a pessoa no centro do ordenamento, diante de um valor a ser preservado, que é o valor de si mesma, valor que a pessoa possui de realizar livremente, sem interferências, os desejos individuais para galgar seu projeto de vida, exercendo suas vontades da forma como lhe convier. O direito de liberdade deve ser exercido em constante organização com o contexto social, no qual pessoas se relacionam o tempo todo.

A igualdade para que se possa garantir o princípio da dignidade, também, é a substancial, devendo os tratamentos serem diferentes para pessoas com condições desiguais, pois dizer que todos são iguais perante a lei não basta, é preciso estabelecer condições para que assim seja, considerando cada pessoa na sua singularidade. A lei, não poderá desconsiderar as condições físicas, sociais, econômicas e psicológicas diferentes das pessoas, pois assim seria apenas uma igualdade formal, que não traria resultados justos diante de uma humanidade multicultural e diversificada<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup>Sobre o princípio da igualdade: GUEDES, Jefferson Carus. Igualdade e desigualdade: introdução conceitual, normativa e histórica dos princípios. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

No que se refere ao princípio da integridade psicofísica, presente no Direito Penal, no direito de não vir a ser torturado e de ser titular de garantias penais. No Direito Civil, esse princípio engloba diversos direitos de personalidade (vida, corpo, honra, imagem, intimidade, nome...), e por que não dizer, o direito à saúde correspondente a um bem-estar psicofísico e social e o direito à existência digna.

Os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade andam juntos, da razoabilidade observando sempre o caso concreto e a prudência em relação aos atos a serem realizados.

O princípio da proporcionalidade se baseia em três vertentes: adequação, necessidade e proporcionalidade, em sentido restrito. Significando a adequação, a correspondência entre o ato e o fim que se destina, devendo, portanto, o paciente ter um tratamento adequado para sua enfermidade, “diante das possibilidades jurídicas e fáticas existentes um máximo grau de liberdade para fazer ou deixar de fazer o que quiser parece ser, à primeira vista, uma exigência não problemática”, (ALEXY, 2008, p.350).

A necessidade, como máximas do princípio da proporcionalidade, ainda segundo Robert Alexy( 2008)deve estabelecer que as medidas a serem tomadas devem ser as menos gravosas possíveis, que não há outra medida menos gravosa, trazendo para o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, a necessidade deve se adequar a medidas que possibilitem maior qualidade de vida ao paciente; e proporcionalidade em sentido estrito, porque até mesmo a forma menos gravosa pode afetar o paciente, portanto, deve existir um sopesamento, no qual o benefício do ato deve ser maior que o ônus/sofrimento trazido por ele.

O último princípio, o da solidariedade é aquele que faz pensar na humanidade como coletividade, princípio este com capacidade de combater as *babaries* cometidas pelo Estado, de ter compaixão com o outro.

Esse princípio inovador da solidariedade expresso pelo legislador constituinte brasileiro como objetivo da República Federativa do Brasil deve ser observado não apenas na elaboração de legislação ordinária ou de políticas públicas, mas também na interpretação e aplicação do Direito por todos aqueles que fazem parte do corpo social (MARIA CELINA MORAES, 2003).

A solidariedade é valor que implica no reconhecimento do outro, uma forma de reciprocidade, na qual todos têm suas fraquezas, o mais salutar é ser empático com ou outro. Por conseguinte, objetiva que todos tenham direito à uma existência digna na sociedade, sem excluídos ou marginalizados. Através de todos estes princípios que gravitam em torno da dignidade da pessoa humana é que se pode diminuir as desigualdades ainda existentes e somar esforços na construção de uma sociedade mais justa, livre e solidária como determina o texto constitucional.

Ingo Sarlet (2011) ressalta que embora não se tenha ainda encontrado uma solução satisfatória para efetivar de vez o princípio da dignidade da pessoa humana, há a necessidade de não perder de vista este desafio, e de concilia-lo com os demais princípios e direitos fundamentais, de modo que pode se tolerar certa relativização, isoladamente, contanto que se respeite, proteja e promova a igual dignidade a todas as pessoas.

Para definir o princípio da dignidade da pessoa humana Ingo Sarlet (2011, p.30) traz a definição do Tribunal Constitucional da Espanha: “a dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que leva consigo a pretensão ao respeito por parte dos demais”. O que demonstra que o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana está envolto na autonomia da pessoa e na sua autodeterminação, de um lado é visto como inerente à pessoa, e de outro, como um bem da humanidade. O Estado tem o dever de amparar, resguardar, proteger, assegurar e efetivar tal princípio, mesmo quando há certa inconsciência política-jurídica e social da pessoa em relação aos seus direitos e ausência de capacidade de expressão o da vontade.

Assim, mesmo que o indivíduo se torne incapaz de expressar sua vontade, o princípio da dignidade da pessoa humana deve a ele ser conferido. A dignidade da pessoa humana gera ao sujeito um direito, o de decidir autonomamente sobre seus sonhos, sobre seus projetos existenciais e a realização de sua felicidade, por ser valor intrínseco, (INGO SARLET, 2011).

No caso do paciente com doença ameaçadora da vida, o princípio da dignidade da pessoa humana deve ser observado no sentido de atingir todos os demais princípios que gravitam em torno da dignidade, apresentando ao

indivíduo as possibilidades menos gravosas diante de sua condição, respeitando a sua tomada de decisão e sendo empático com ela.

A perspectiva de que o ser humano se encontre em estado de terminalidade de vida, não pode por si só torná-lo objeto, ele ainda continua sendo sujeito de direitos, dentre eles, a proteção da sua dignidade como pessoa. A dignidade é qualidade intrínseca, que distingue e faz reconhecer-se em cada homem e mulher, envolve um emaranhado complexo de direitos e deveres fundamentais. Ela proporciona e embute a cada ser humano a participação e corresponsabilidade nos destinos da própria vida (INGO SARLET, 2011) .

Seja onde estiver, seja como for, o respeito à condição inerente de cada pessoa deve ser respeitado, a dignidade da pessoa deve ser realizada, como princípio vital, todos a possuem, mas estabelece-se diferenças não para o Estado em realizá-las, mas na concretude para cada qual, já que há diferenças individuais.

A titularidade da dignidade da pessoa humana não é fundamento da autonomia da vontade, decorre de direitos existências, inerentes da própria condição humana (ANTÔNIO OLIVEIRA, 2016). E quando se fala em condição humana, não se está tratando apenas da biológica, mas de outras dimensões como a psicológica e sociológica. Pensar em qualidade de vida, não é apenas ver o homem como corpo, mas como pessoa. O prolongamento da vida (ou da morte- vida sem qualidade) somente pode ser justificado se apresentar à pessoa algum benefício, e desde que não fira a dignidade do viver e do morrer (MARIA DE FÁTIMA SÁ, 2001). Ressalta-se, que pode ser uma opção do paciente prolongar sua vida biológica até as últimas consequências.

Quando a Constituição do Brasil outorgou o Princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento, pressupõe que um valor fundamental de um Estado Democrático de Direito, democrático pela participação popular e de direito, porque as normas são para todos, inclusive, para o próprio ente público que além de se adequar às normas tem o condão especial de protege-las, garanti-las e concretiza-las.

José Giorgis (2018) argumenta que o princípio da dignidade não é um conceito teórico, mas prático, depende das experiências, ele afirma que o referido princípio não é um conceito constitucional, mas um dado que foi e deve ser vivenciado em todas as épocas da humanidade. É o princípio da dignidade



pilar do fundamento da República brasileira, sustentáculo da ordem jurídica e base para todos os demais direitos fundamentais, refletindo na ordem econômica, política, cultural, com densificação constitucional. O princípio da dignidade faz parte da essência da natureza humana, do início até o seu fim, exercido através de uma liberdade de ser, ter e fazer, observando empaticamente o outro semelhante.

Se o homem possui um direito, existe alguém que deva ter o dever para garantir a prestação obrigacional, é do Estado a atribuição do dever fundamental: “os direitos fundamentais passaram a apresentar-se no âmbito da ordem constitucional como um conjunto de valores objetivos básicos e fins diretivos da ação positiva dos poderes públicos, e não apenas garantias negativas dos interesses individuais” (SARLET, 2012, p.43).

Todos devem ter acesso a condições dignas, possibilidades de se desenvolverem com mesmas chances e oportunidades, uma vez que é fundamento Constitucional e dever do Estado, devendo ser responsabilizado por suas ações e omissões. E deve ser estabelecido sempre o diálogo, deve ser dado à pessoa o direito de ser ouvida.

Ingo Sarlet (2012) apresenta uma decisão paradigmática proferida pelo Tribunal Constitucional da Alemanha, em 8 de janeiro de 1959, na qual o indivíduo não deve ser visto somente como objeto de uma decisão judicial, de modo que ele tenha possibilidade de se manifestar e exercer influência no processo, isso impedirá que o poder público atue de forma arbitrária. O referido autor afirma que da dignidade decorrem obrigações de respeito e consideração, bem como o dever de proteção e promoção ao ser implementado por medidas positivas.

No momento de morrer o princípio da dignidade da pessoa humana, também, deve socorrer-se da teoria do mínimo existencial<sup>17</sup>, pois cada indivíduo

---

<sup>17</sup> “A Teoria do Mínimo Existencial é um subsistema da Teoria dos Direitos Fundamentais e busca respaldar as lutas sociais contra a exclusão social e a miséria, bem como fornecer teorização suficiente para amparar os pleitos processuais em face do poder público e elementos para fundamentação das decisões judiciais e das escolhas políticas. O mínimo necessário à existência constitui um direito fundamental, posto que sem ele cessa a possibilidade de sobrevivência do homem e desaparecem as condições iniciais da liberdade. A dignidade humana e as condições materiais da existência não podem retroceder aquém de um mínimo, sendo o mínimo existencial um direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto da intervenção do Estado e que ainda exige prestações estatais positivas” (ANTONIO OLIVEIRA, 2016, versão on line).

deve ter sua vontade preservada, nem que para isso tenha que ser amparado pela jurisdição.

Realizar um tratamento que não beneficia de nenhuma forma o enfermo, que não dê qualidade de vida a ele, sem o seu consentimento e que apenas prolongue o seu viver de qualquer jeito é falar do mínimo existencial. O que deve estar presente nos últimos dias é o conforto, a solidariedade, o amor, a paciência, o respeito, o calor humano.

Ao refletir sobre o mínimo existencial<sup>18</sup> assegurado pela Constituição: educação fundamental, saúde básica, assistência aos desamparados e o acesso à justiça, Renato Sertã (2005) percebe que a prática da distanásia, prorrogação do processo de morte, em doenças graves e situações-limite, viola a dignidade humana.

Também, comunga com a ideia de que morte diga está relacionada a uma completo bem estar físico, mental, social e espiritual, Luciano Santoro (2012), Maria Helena Diniz (2017) uma exagerada prorrogação da vida pode ser considerada um verdadeiro desrespeito para alguns doentes em terminalidade, porque a doença destrói o corpo físico, e a dor, consome todo o ser.

Afirmar que o procedimento da distanásia viola a dignidade da pessoa humana, já que o mínimo existencial é protegido pela Constituição, porque a vida se prolonga, não se vendo no paciente um nível mínimo de cura é, no mínimo não fazer jus ao próprio conceito de mínimo existencial, e ao princípio da dignidade, além de todos os outros princípios que gravitam em seu entorno, especialmente, a liberdade de poder optar para estabelecer, o que seja digno.

Certo que nenhuma pessoa poderá ser privada ao direito fundamental mínimo, a uma existência digna, portanto, possui também, a liberdade de ter uma morte digna. Não se está defendendo aqui a eutanásia ativa ou a distanásia, mas a repulsa a um fim de vida indigno em que não se respeite o exercício da vontade expressa do indivíduo enquanto livre das amarras do psique.

---

<sup>18</sup> “um conjunto de prestações estatais que assegure a cada um (a cada pessoa) uma vida condigna, arranca da ideia de que qualquer pessoa necessitada que não tenha condições de, por si só ou com o auxílio de sua família prover o seu sustento, tem direito ao auxílio por parte do Estado e da sociedade, de modo que o mínimo existencial”, (INGO SARLET; CAROLINA ZOCKUN, 2016, versão on line)

Não são raras as vezes em que o Estado aduz que a realização do mínimo existencial não é possível por não possuir nos cofres públicos moeda suficiente para arcar com a implementação de políticas públicas que acolha o princípio da dignidade da pessoa humana. Entretanto, ele deve priorizar ações positivas para que se concretizem os direitos e garantias fundamentais.

O Supremo Tribunal Federal já se manifestou em diversas oportunidades através das decisões nos casos concretos que o Poder Judiciário poderá suprir as lacunas deixadas pelo Estado quando a implementação de políticas públicas esbarrar no mínimo existencial que promove a dignidade da pessoa humana. Não há estranhamento em tratar de direito de primeira dimensão e de segunda dimensão<sup>19</sup>. A dignidade das pessoas para que possam ter direito a uma morte digna, decorre dos princípios gravitadores, integra os projetos existenciais, traduz a autodeterminação individual. O mínimo existencial influencia no processo de tomada de decisão da organização social, nas políticas públicas que interferem nos direitos sociais fundamentais, dentre os quais, às prestações positivas do Estado, que são imprescindíveis à sua existência física e moral.

Assim, sem prejuízo das muitas variações existentes sobre o tema, identifica-se um consenso razoável no sentido de se considerar a dignidade humana o fundamento e a justificação última dos direitos fundamentais. A preservação e promoção desses direitos têm uma dimensão individual e outra social. A dimensão individual está ligada ao sujeito do direito, seus comportamentos e suas escolhas. A dimensão social envolve a atuação do Estado e de suas instituições na concretização do direito de cada um e, em certos casos, de intervenção para que comportamentos individuais não interfiram com direitos próprios, de outros ou de todos, (LUÍS BARROSO; LETÍCIA MARTEL, 2012, versão on line).

Quando se afirma que o princípio da dignidade da pessoa humana é um princípio intrínseco (próprio da pessoa) e com qualidade moral (para toda humanidade) quer dizer que ele não tem somente a proteção Constitucional como direito fundamental, mas também como direitos humanos. A dignidade

---

<sup>19</sup> Em razão dos lemas apresentados pela revolução francesa: liberdade, igualdade e fraternidade, Karel Vasak os relacionou a direitos básicos do cidadão, que são fundamentais, permanentes e imutáveis, desenvolvendo a teoria das gerações ou das dimensões do direito. Recomenda-se os seguintes autores para uma ampla compreensão da teoria das dimensões do direito: BARROSO, Luiz Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo**. 6ªed. São Paulo: Saraiva, 2017; BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho, nova edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004; CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Coimbra: Almedina, 2007

pode ter sua proteção fundamentada nos direitos humanos e nos direitos fundamentais.

Ingo Sarlet (2011) faz uma observação de que as pessoas são titulares de direitos humanos em função de sua inerente dignidade. O autor assegura que se não houver liberdade, não haverá dignidade, ou esta não estará sendo reconhecida e assegurada. Afirmar ainda, que a dignidade da pessoa humana engloba o respeito e proteção da integridade física e emocional da pessoa, de modo que para preservar sua dignidade é necessário que seja possível a tomada de decisões sobre o seu próprio corpo, representando sua própria e autônoma individualidade. Inclusive, para renunciar a tratamentos inúteis.

O direito a recusar os tratamentos fúteis nada mais seria que o legítimo exercício dos direitos fundamentais. Entretanto, a autonomia, como já se tratou anteriormente, ela é limitada pelo Estado, em prol da própria sociedade. Deve-se identificar os limites dessa autonomia, uma vez que não pode corresponder às práticas da eutanásia ou do suicídio assistido.

No Brasil, a recusa do paciente em receber tratamentos médicos fúteis corresponde ao consubstanciado no art. 5º, II, da CF, de que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, de forma que não há e nem deverá haver uma norma válida que obrigue o paciente a se submeter a tais tratamentos que violam a dignidade da pessoa. Na ordem jurídica brasileira, este seria o único sentido a ser atribuído a uma “morte digna”, garantir a escolha dos pacientes sobre o “como morrer”, e não de “pedir para morrer” (ADRIANO GODINHO, p. 131).

Não há vida sem corpo, se se fala do corpo sem vida, é apenas um defunto, e não é pessoa humana, pois a pessoa precisa de personalidade, que se obtém com o nascimento com vida e se perde com o seu falecimento. Assim, há um vínculo muito forte entre a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. Afinal, a dignidade existe através da corporeidade que é, em essência, a o homem que nasce, o homem que se levanta, o homem que trabalha, o homem que ri e que sofre. É através da vida que se busca os direitos fundamentais, que se cria e se mantém os pressupostos elementares da vida.

Pode-se dizer, portanto, que há uma relação simbiótica entre dignidade da pessoa humana e o direito à vida, na qual se a dignidade da pessoa ou o direito à vida for violado, ou um ou outro, a violação implicará necessariamente

na violação do outro (INGO SARLET, 2011). Embora ambos possuam conceitos autônomos e próprios, eles estão umbilicalmente relacionados, podendo inversamente ser dito que onde não há dignidade, a vida sucumbiu, pois este preceito faz parte do corpo e espírito do indivíduo.

O Estado deve proteger a pessoa mesmo contra atos realizados por si: “o Estado se encontra autorizado e obrigado a intervir em face de atos de pessoas que, mesmo voluntariamente, atentem contra a sua própria dignidade, o que decorre justamente do já referido cunho irrenunciável da dignidade pessoal” (SARLET, 2011, p.80), pois existem situações pelas quais passam as pessoas como transplantes de órgãos, interrupção da gravidez, transfusão sanguínea que implicam na autolimitação dos direitos inerentes à personalidade, sendo necessário observar as exigências da dignidade humana para avaliar em que grau de vulnerabilidade se encontra a pessoa para o exercício de sua autonomia da vontade no âmbito do consentimento informado.

Assim, os sujeitos de direito em uma sociedade devem preservar e respeitar os valores morais, as filosofias de vida de cada família, suas ambições, e os médicos devem, por sua vez, respeitar a natureza de cada qual. Ao se afirmar que os sujeitos possam se autogovernar, que possam agir livremente conforme sua consciência, e que os seus atos sejam respeitados não trata-se de uma possibilidade, mas de uma exigência.

Quando o paciente é diagnosticado com uma doença incurável é como se a partir daquele momento sua capacidade de decidir estivesse profundamente ameaçada assim como está sua vida, o que não nem sempre condiz com a verdade. O Estado deve proteger a vida, contudo a vida não é direito absoluto, a vontade do paciente deve ser preservada, em função dos preceitos éticos e jurídicos, embora não estejam de acordo alguns autores:

“Sendo um direito, e não se confundindo com uma liberdade, não se inclui no direito à vida a opção por não viver. Na medida em que os poderes públicos devem proteger esse bem, a vida há de ser preservada, apesar da vontade em contrário do seu titular. Daí os poderes públicos devem atuar para salvar a vida do indivíduo, mesmo daquele que praticou atos orientados ao suicídio, (GILMAR MENDES; PAULO BRANCO, 2015, p.260)”.

Assim, para que o paciente fora de possibilidades terapêuticas possa exercer a sua dignidade, proporcionando a si mesmo o direito a uma vida e uma morte digna, se faz necessário um longo caminho permeado pela liberdade de

escolhas; de igualdade, no sentido de ser observada a sua condição diferente das demais pessoas; de ser respeitada a sua integridade física e psíquica e não ser obrigado a realizar tratamento indesejados; da proporcionalidade na condução de um tratamento que melhor se adeque às suas condições e de solidariedade, pois ela deve ser revestida de compaixão por todos os que ao cercam, usufruindo do seu direito poder ter uma vida digna até o fim, devendo o Estado promover políticas públicas que satisfaçam as garantias constitucionais.

### 3.4 DIREITO A UMA MORTE DIGNA

A morte é o destino de todos os seres vivos, é o destino do homem e ele entre todos tem a consciência de que ela chega, podem existir recusas, podem existir protelações, mas ela é inexorável. Há muitos questionamentos frente a esta desconhecida.

Nas sociedades contemporâneas do Século XX, presentes o individualismo, a projeção do lindo e maravilhoso, família, emprego e saúde perfeita nas redes sociais, a morte é menos discutida do que antes, pois o que as pessoas desejam é o lucro, é o sucesso na profissão, e elas se consideram imortais, quem morre é o outro. A nova geração só se detém para falar de morte, quando ela se mostra iminente, como acontece com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas (JOSEANE CAUDURO, 2007).

Antes dos avanços tecnológicos as pessoas esperavam a morte com muita naturalidade, frequentemente, como em obediência a um ser supremo, fruto da vontade divina, hoje uma simples dor é remediada e a morte, como um fator a ser evitado (LUCIANA DADALTO, 2015).

É possível que se estabeleça dois tipos de morte, uma de natureza orgânica e outra de natureza psíquica. A de natureza orgânica ocorre quando o coração não agita, o pulso não bate e cérebro não pensa e segundo a medicina se dá em razão de uma parada de um conjunto de órgãos. Apesar dos próprios médicos divergirem quanto ao momento da morte, uma vez que há uma tentativa de se definir a morte com base no coma irreversível, diante da ausência de reflexos, pela ausência de estímulos e respostas, pela falta de respiração natural e ainda pela falta de registro eletroencefalográfico por mais de 24 horas (GENIVAL FRANÇA, 2013).

Portanto, a morte biológica não ocorre em um momento certo, ela vai acontecendo com a parada lenta de órgãos e células humanas, até que todos cessem totalmente, e todas as funções vitais deixem de existir

Por incrível que possa parecer ainda existe uma discussão no mundo atual quanto ao momento da morte. Para os cientistas mais antigos, o momento da morte era aquele nos quais as grandes funções orgânicas, como batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e contração pupilar, cessavam.

Para a ciência moderna, a vida da pessoa humana está atrelada à atividade do cérebro, portanto, a vida tem o seu fim com a “morte cerebral”, ou também, denominada, “morte encefálica”, inclusive, é através de sua detecção que o Conselho Federal de Medicina possibilita a remoção de órgãos para fins de transplante ou outras finalidade científicas se tornam lícitas (BRASIL, CFM, Resolução n.º1.480/97).

A questão da morte ainda é um tabu, muitos ainda possuem tafofobia, ou seja, medo de ser enterrado vivo. Portanto, a necessidade da morte ser confirmada é condição *sine qua non* para as pessoas, e, também, para suas famílias. Na antiguidade clássica não era o cérebro quem dava indicação da morte, mas o coração, era ele o órgão mais importante condição humana. A ideia de que o coração era o primeiro a viver e o último a nascer se estendeu até a Renascença.

Foi no século XII que o rabi hebreu Moses Maimonides percebeu que os corpos que eram decapitados tinham morte instantânea, com esta descoberta o cérebro passou a integrar órgãos nobres de vida e morte. Foi em meados do século XIX que Atria Mortis passou a considerar o coração, os pulmões e o cérebro os três órgãos mais importantes para diagnosticar a vida. Em 1901 Bichat revelou que a falência do coração, dos pulmões ou do cérebro implicaria inexoravelmente na falência de todos os demais órgãos do corpo, culminando com a morte (FERNANDO PITTA; CÁTIA CARMONA, 2004).

Os tratados médicos acerca da confirmação da morte somente surgem nos séculos XVII e XIX principalmente em razão de informações generalizadas acerca de pessoas enterradas vivas. Em 1836, em razão da necessidade de excluir a morte aparente, na Inglaterra, por óbvia necessidade técnica surge a obrigatoriedade de certificação médica da situação da morte, deixando de vez a visão cardiocêntrica da antiguidade.

Demonstrar que a pessoa teve morte cerebral é determinante em meios das novas técnicas de reanimação, suporte ventilatório e hemodinâmico para confirmar a morte e assim, permitir a realização de transplantes, se for o caso, e também, liberar ventiladores para quem realmente precise, dada a possibilidade de viabilidade de outro paciente (FERNANDO PITTA; CÁTIA CAMORNA, 2004).

Segundo Fernando Pitta e Cátia Carmona (2004) para que a morte cerebral seja diagnosticada obriga a que a causa do coma seja de conhecimento do médico, que seja documentada e que seja irreversível, que sejam excluídas as causas reversíveis e que não tenha resposta motora e nem reflexos do tronco, além da prova da apneia. Portanto, é unânime dizer que os critérios médicos que determinam a morte cerebral são inquestionáveis e confiáveis, fazendo valer, sem a menor sombra de dúvida, que a morte do indivíduo realmente ocorreu.

A morte psíquica, por sua vez, ocorre quando a vida não traz mais dignidade, afinal viver é se chatear com os problemas, é comer uma comida saborosa, é refletir sobre um poema ou um discurso, é estar com pessoas que têm importância para si. A morte psíquica é a morte que ninguém deseja ter, é uma morte temida, muitas vezes atrelada ao sofrimento.

Na Ciência Jurídica, também, é possível falar em morte, já que pela morte ocorre o fim da personalidade civil, tida como um atributo da pessoa humana. No direito é unânime se tratar em dois tipos de morte: a real e a presumida.

A morte real para o direito se assemelha a morte real na medicina, quando se dá o estado de descerebração ultrapassada. Entretanto, também, se discute seu momento, haja vista as implicações jurídicas, como a questão da herança, modificação do estado civil, etc.

A morte presumida se dá quando desaparecida a pessoa, há uma probabilidade muito grande de que não esteja mais viva. O seu desaparecimento é fato. E então há uma presunção da morte, gerando a possibilidade imediata da existência de herdeiros e de seus direitos, se os tiver.

Caio Pereira (2004) e Maria Helena Diniz(2012) tratam ainda da morte por comoriência (também, chamada morte simultânea, quando impossível identificar, diante de várias pessoas herdeiras entre si, quem morreu primeiro) e da antiga morte civil, que foi retratada durante a idade média, quando pessoas viviam enclausuradas, por questões religiosas ou prisionais, e não voltavam ao



seio da sociedade, perdendo as relações jurídicas com os entes sociais, privando-o de exercer direitos civis. No atual direito não se reconhece qualquer morte civil, entretanto existe resquícios dela na situação em que o herdeiro é considerado indigno. Ele é como se morto fosse antes do seu sucessor.

Em todas as situações de morte é possível observar efeitos jurídicos.

É impossível não reconhecer que há uma forte ligação entre a morte e a filosofia, uma vez que não é concebível uma ação-reflexão-ação sem que haja um incremento sobre a mortalidade, para Juan Gonzalez de Requena Farre (2016), falar sobre a mortalidade é pura contemplação espiritual do eterno, e que filosofar constitui uma preparação para o enfrentamento à este dia, que tão certo irá chegar. E é no final da vida, que as preocupações carnavais e os prazeres do corpo, deixam de existir para dar nome a morte.

Juan Gonzalez de Requena Farre (2016) ao tratar da morte na filosofia antiga cita Cícero ao afirmar que viver é uma preparação para a morte, pois é a hora de libertar a alma de suas preocupações cotidianas e pessoais e cumprir o dever de uma vida bem sucedida se for sábio, porque se a vida for miserável é estúpido permanecer nela. Dentre os filósofos contemporâneos cita Montaigne, para quem filosofar é aprender a morrer, e Schopenhauer para quem o conhecimento intelectual abrande o medo da morte.

Com a evolução dos tempos e a transformação tecnológica, até a morte se modificou, há alguns anos a morte era uma notícia fulminante, que deixava parentes e amigos desorientados pela prematuridade e celeridade, atualmente não, a vida se prolonga nos hospitais.

O próprio tempo da morte sofreu uma mudança com o passar dos tempos, as pessoas morriam mais jovens e era um acontecimento corriqueiro e frequente em todas as partes do mundo, as pessoas conviviam com a morte no seu dia a dia, não era comum remédios com estudos científicos que curassem. Com a evolução a morte se apresenta como um problema de um corpo idoso, lento, por conta dos fármacos poderosos existentes, e por algumas vezes, se apresenta de forma dolorosa (MARGARIDA ROQUE, 2010).

Porém, mesmo com as transformações socioculturais falar sobre a morte, a maneira de morrer ainda se constitui um tabu, as pessoas evitam o assunto ou por medo ou por covardia, ou por não conseguir processar com algo

desconhecido ou por não terem ainda conseguido um antídoto para este fato, pois até o nascer poderá ser programado, mas o morrer não.

O homem por ser racional é o único animal que possui consciência da morte, e por ela ser um fenômeno invariável, o homem vai tentando dissimular-a através de rituais, tentando entender, tentando conviver, não consegue tornar-se indiferente. Materializa o óbito: crema, enterra, faz sepulturas . E a maneira pela qual convive com a morte, mostra muito sobre a política de saúde e identidade coletiva de uma sociedade.

O direito à vida é um direito natural, presente em todas as sociedades, por todos os tempos. Como foi visto, para a Constituição Federal do Brasil, o direito à vida é um direito fundamental segundo o seu art. 5º (BRASIL, 1988): toda pessoa é igual, não podem diante da mesma situação serem consideradas diferentes e a todas elas deve ser garantido o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, sejam brasileiros ou estrangeiros. Tudo certo que a vida seja garantida, mas a dignidade da pessoa também o é. Afinal, dignidade da pessoa humana faz parte do fundamento da República Federativa do Brasil, é um valor próprio da pessoa, faz parte do espírito, da moral que cada pessoa carrega.

Para Alexandre de Moraes (2006) a dignidade é um valor espiritual e moral própria da pessoa, e que transparece na faculdade de decidir, de forma consciente e responsável, sobre a própria vida. A dignidade proporciona uma visão para si e para todas as demais pessoas que se cercam de uma pretensão de respeito inviolável, e que todo ordenamento jurídico deve garantir, de tal forma que somente em condições excepcionais, podem ser realizadas restrições, mesmo assim, sem menosprezar o ser humano que é.

Interessante frisar que Alexandre de Moraes(2006), ao tratar da garantia que a Constituição concede ao direito à vida, estabelece duas facetas deste direito, o autor revela que o direito à vida divide-se em dois sentidos: um de que o Estado deve garantir a continuidade da vida e, dois, que se tenha uma vida digna quanto à subsistência. Daí poder-se falar de morte digna como um direito subjetivo, que envolve, valores, crenças, culturas.

Não existe no ordenamento jurídico brasileiro um direito de dispor da própria vida, reconhecer um direito de morrer implicaria na legalização de métodos como o suicídio e a eutanásia, por outro lado, proclamar um dever de

viver reprimiria medidas como ortotanásia, valorizando prolongamentos terapêuticos fúteis, como a distanásia. Assim sendo, não existe um poder jurídico de dispor da própria vida, nem tampouco, um dever de viver a qualquer custo (ADRIANO GODINHO, 2016).

Observe-se que não se está pregando uma renúncia à vida, mas que há de se refletir acerca do prolongamento da sua existência, sem expectativas, sem sonhos, através de aparelhos ou drogas que poderiam se destinar a outros. Qual a razão da vida ser prolongada, quando há um quadro de terminalidade? A doutrina e o judiciário devem equiparar termos e condições de exercício para uma morte digna seja ela através de cuidados paliativos e sem prorrogação ou drogas inúteis ou com elas, desde que seja esta a vontade do paciente terminal.

A ciência deve estar a serviço dos homens, porém deve respeitar a dignidade do ser humano, faz parte do princípio da não-malevolência, de não ter que acarretar uma situação sofrida ao paciente, pois ninguém é obrigado a receber procedimentos que lhe cause sofrimento. Da mesma forma, o paciente que espera procedimentos a qualquer custo e na medida em que esses são dispensados, também, sofre. Causa estranheza um médico adotar medidas de reanimação por conta de uma parada cardiorrespiratória em um paciente fora de possibilidades terapêuticas ou em estado vegetativo persistente, se ele tem conhecimento que tal manobra apenas irá manter uma vida biologicamente vegetativa, e que este não era o desejo daquele.

Atenuar a dor contumaz e persistente é dever do médico, jamais poderá ele responder por homicídio, a sedação do paciente em sofrimento não poderá ser vista como eutanásia, no caso do médico desejar diminuir seu sofrimento, mesmo que o paciente venha a morrer, porque este profissional da saúde deve ter a sensibilidade em relação ao processo de humanização da morte e aliviar a agonia do paciente, administrando-lhe analgesia, promovendo sua dignidade (MARIA HELENA DINIZ, 2017).

A morte como parte da condição humana deve ser aceitável e diante de uma moléstia incurável ela fica cada dia mais próxima, portanto, o lema não deve ser apenas curar, mas também cuidar.

Daldalto (2019) afirma que, no Brasil, pensar em morte digna, vista como a possibilidade do portador de uma enfermidade incurável escolher como deseja ter seu final de vida, se restringe a possibilidade de escolha aos cuidados

paliativos quando a doença é incurável, e não como um pressuposto de dignidade.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, proposta pela UNESCO condiciona que tudo depende do que o paciente considerar que seja melhor para ele, dentro de critérios razoáveis (UNESCO, 2005).

No Brasil, a morte assistida é crime, e a ortotanásia passa por uma série de debates para que se possa lhe identificar e uniformizar seu conteúdo. A distanásia tem sido praticada, mesmo quando esta não faz parte da autodeterminação do paciente.

Para Maria Helena Diniz (2017) não matar não é o mesmo que adiar a morte a qualquer custo ou infinitamente, pois preservar a vida de forma exagerada pode ser um desrespeito a certos pacientes em estado terminal. Certamente, o papel do médico é curar se isto for possível, mas quando não for, é dever do profissional assistir o paciente com amor, dedicação, zelo e paciência. Neste momento em que não é possível o restabelecimento da saúde, o princípio da sacralidade da vida não se opõe ao da qualidade da vida, passam a ser complementares, o que é cabível na medicina paliativa, respeitados os princípios da bioética.

### 3.5 PACIENTE TERMINAL E A NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O paciente terminal, chamado atualmente, de paciente fora de condições terapêuticas atuais é aquele que após diagnóstico, suas condições de saúde se direcionam para uma morte iminente e inevitável, porque não há na literatura médica tratamentos de recuperação.

Muitas vezes a recuperação é até possível, no entanto, é necessário avaliar a idade do paciente, a enfermidade e dos custos e sopesa-los. Contam

Lynn Keegan e Carole Drick (2011) que uma determinada paciente chamada Anna, com 90 anos de idade e cega, sentiu dores no abdômen, e foi aconselhada por sua filha, que era enfermeira, a fazer uma tomografia, ocasião em que descobriu que estava com câncer em estágio 4 no intestino. As opções dadas pelo médico a Anna foram duas: ressecção intestinal com bolsa de colostomia ou então cuidados paliativos. Anna preferiu os cuidados paliativos,

os analgésicos lhe deram mais conforto durante obstrução intestinal e ela morreu em casa junto à família.

O eixo central da terminalidade se concentra em torno de consequências que o diagnóstico da doença e seu tratamento geram, sendo considerado um estado de terminalidade “quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível”. (GUTI, 2001, versão online).

Sendo a morte fato implacável, há casos que nenhum tratamento médico conhecido é possível. É preciso cuidar não só do doente, cuja enfermidade lhe afeta de forma individual, mas as consequências dela, que alteram as relações familiares e convívio com outras pessoas, antes quando as pessoas encontravam-se em estado terminal, a casa ficava repleta de familiares para se despedirem, hoje, a morte moderna traz solidão, apenas aparelhos em sua volta.

Para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2017), os cuidados paliativos são recomendados para todos “os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas”, não necessariamente os cuidados devem existir apenas no final da vida, mas durante todo o processo da doença.

As organizações e instituições de assistência, bem como os profissionais da saúde devem perceber as transformações tecnológicas, anteciparem-se e adaptarem-se às crises a fim de promoverem um planejamento adequado a cada paciente e suas famílias, sempre orientados nos valores humanos, promovendo inclusive políticas públicas a fim de conceder mais conforto aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais.

Uma pessoa em estado de terminalidade encontra-se amplamente vulnerável, por isso se faz necessário não só cuidar da dor física, mas também, d'alma. O cuidado com a dor é um direito humano, pois é o homem o único ser que pensa na sua morte e na morte do outro.

Portanto o exercício dos cuidados paliativos não está relacionado a redução de remédios e de procedimentos ao doente, tampouco de negligenciar o conhecimento acerca da atualização do combate à doença, ou o controle e manutenção biológica, os cuidados paliativos estão atrelados a uma morte

serena, em um tratamento adequado para a dor (ligada ao sistema nervoso central), que às vezes importa em sofrimento e abala o homem como um todo.

A dor e o sofrimento são companheiros inseparáveis da humanidade desde que o mundo é mundo. E aliviar e controlá-los é responsabilidade fundamental dos profissionais que cuidam da saúde. Quando se fala em assistência integral à saúde do paciente a ela está umbilicalmente ligada a questão ética e a competência do indicador de qualidade (LEO PESSINI, .2013).

Por isso é tão necessária a busca pelo alívio da dor, pela promoção da qualidade de vida. A dor prejudica as funções físicas, o humor da pessoa e a sua sociabilidade, é um sofrimento psico-sócio-espiritual. De 60% (sessenta por cento) a 90% (noventa por cento) dos pacientes em estado terminal sentem dor considerada de severa a moderada, e que pode ser aumentada pelo isolamento, pelo medo, insônia ou até a depressão, sendo que 90% (noventa por cento) da dor poderia se aliviada com drogas e medicamentos (LEO PESSINI, 2013).

Leo Pessini (2013) faz uma reflexão acerca dos dilemas que o médico atual enfrenta, entre o cuidar e o curar. Faz referência a uma fábula citada por Heidegger na qual um dos personagens chamado Cuidado pega um pedaço de barro e o transforma em uma criatura, pedindo a Jupiter que lhe desse espírito. Ao dar nome a criatura, Jupiter exigiu que fosse o seu, e o mesmo foi pedido pela Terra. Cuidado, então convocou Saturno para funcionar como árbitro, e este decidiu que pela morte a referida criatura voltaria a ser barro e seu espírito se desprenderia, no entanto, enquanto vida tivesse teria que ficar amanhada por cuidados e em decorrência disso, seu nome seria Homem. A fábula representa que a essência do homem não é só matéria, mas também, espírito e que aquela criatura se molda conforme o cuidado a ela prestado.

Edmund Peregrino (2013), ainda traz quatro sentidos para a palavra cuidado: o primeiro sentido da palavra cuidar para os profissionais da saúde é o de compaixão, ser empático às dores do outro; o segundo, é o de ajudar quando o outro não consegue fazê-lo por si só, dando-lhe um pouco de autonomia; o terceiro é o médico ou enfermeiro transmitir confiança para o paciente, para que possa ser auxiliado e o último é apresentar os melhores meios, é colocar à disposição do paciente todos os recursos humanos e técnicos a serviço do paciente. Assim, o cuidado do profissional da saúde com seu paciente deve ser visto como um cuidado integral.

Pessoas em terminalidade devem ser protegidas, e para tal existem programas e serviços de cuidados paliativos e “hospice” (filosofia de cuidados a pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, ou em situações de expectativa de vida profundamente diminuída). É através da filosofia do *hospice* que o paciente que não deseja passar por sofrimento vê sua dignidade e integridade sendo perfeitamente garantidos.

Para a filosofia do *hospice*: a) deve-se aceitar a morte como episódio natural do ciclo vital; b) não se deve antecipar, nem prolongar a vida se a morte é inevitável; c) o paciente deve ficar unido a seus familiares e entes queridos; d) deve a equipe interdisciplinar cuidar da dor psicológica, espiritual e física; e) o objetivo clínico pretendido é controlar a dor e atenuar os sintomas da moléstia; e f) deve-se dar assistência ao paciente, independentemente das condições de pagamento. (MARIA HELENA DINIZ, 2017, p.545)

O *hospice* é um centro de convivência que pode existir dentro de um hospital ou apartado, mas que possibilite o tratamento paliativo daqueles que encontram-se em estado de terminalidade, de forma a diminuir o sofrimento e controlar os sintomas de sua moléstia.

Através do *hospice* todos têm um tratamento multidisciplinar psicológico, espiritual e físico, pacientes e família, em um primeiro momento para aceitar a doença e o término da vida como uma consequência natural, sem praticar nem formas de antecipação da morte como a eutanásia e o suicídio assistido, nem tampouco, prorrogá-la, como ocorre na distanásia. A ideia é controlar os sintomas da doença, concedendo ao paciente o maior conforto possível diante do seu sofrimento. A necessidade de hospitais públicos no Brasil que tenham uma ala de tratamentos paliativos é iminente.

O mundo está voltado para a temática dos cuidados paliativos, e o Brasil, ainda está engatinhando nesse processo, pois ainda é muito rudimentar as políticas públicas para o paciente em sua terminalidade. Em 2014 a OMS (Organização Mundial da Saúde) publicou um atlas global com os resultados sobre o desenvolvimento de cuidados paliativos no mundo.

O resultado da pesquisa supracitada foi a Classificação 3ª, que caracteriza: cuidados paliativos oferecidos de maneira isolada e irregular, sem apoio e fontes de financiamento que dependem de doações, limitação de fármacos que diminuem a dor, e número desproporcional entre os serviços de cuidados paliativos e o tamanho da população (ANCP, 2018).

Desde 2005, no âmbito internacional comemora-se, no dia 08 de outubro, o Dia Mundial de Cuidados Paliativos, quando em 128 países pessoas assinaram requerimento no qual solicitavam uma atenção especial àqueles que sofrem em situação de terminalidade de vida (LEO PESSINI, 2013).

Em 1976, cuidados paliativos foram aceitos na Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa; em 1983, têm-se notícia da Declaração de Veneza sobre Enfermidade Terminal; em 1999, a Recomendação n. 1.418 do Conselho da Europa; também, em 1999 a Lei n.º 99.477/1999, na França. Infelizmente, no Brasil, não há qualquer traço de reforma legislativa a respeito do assunto. No entanto, existem algumas Instituições que não se furtaram ao tema e ao cuidado: à exemplo, a criação da Unidade de Cuidados Paliativos, em São Paulo; e a instituição da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, criada em 1977 (ADRIANO GODINHO, 2016).

A importância e a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e sofrimento humanos no âmbito da saúde, especificamente em um hospital, ou num estado de terminalidade não podem ser mais negligenciados.

Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), junto as unidades de cuidados paliativos e câncer, revelaram que 4,5 milhões de pacientes em países desenvolvidos e em desenvolvimentos morrem todos os anos sem saber o que é receber um tratamento que amenize sua dor ou sofrimento e sem que lhes sejam considerados outros sintomas tão prevaletentes quanto a dor e que também lhe causam sofrimento (LEO PESSINI, 2002, versão on line).

As condições hospitalares no Brasil, em geral, não são as melhores. E o que dizer em termos de cuidados com a dor e sofrimento humano?

É imprescindível políticas públicas relacionadas com a autodeterminação do paciente, com os cuidados paliativos, com a educação e formação de profissionais competentes para lidar com tudo isso, e com a tecnologia que não deixa o doente morrer em paz.

Azevedo Júnior e Reinaldo de Oliveira (2018) asseveram que “respeitar a autonomia do doente e de seus representantes legais é um dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva”. Considerar a autonomia do paciente deve ocorrer não somente na UTI, mas esta



deve ser a conduta essencial para que se aplique os princípios bioéticos e o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

Para Léo Pessini (2002, p.51) “é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica. emocional e espiritual”.

Ademais o paciente nunca está envolvido sozinho na sua dor, a família, também, sofre, é preciso respeitar as escolhas do paciente, sua autonomia privada, refutar qualquer tipo de abandono, sempre com informação precisa, clara, e de maneira que o paciente seja atendido por uma equipe composta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, a fim de que não só o corpo seja cuidado, mas a pessoa.

Os primeiros passos começaram a ser dados, em novembro de 2018 quando foi publicada a Resolução n.º41 pelo Ministério da Saúde, cujo teor é oficializar os cuidados paliativos para todos os hospitais públicos brasileiros, tornando-se uma política de saúde (Cuidados..., 2018) , contudo eficácia da referida Resolução ainda não é observada na prática, pois pouquíssimos hospitais possuem equipes de cuidados paliativos.

A necessidade começa logo com o próprio curso de Medicina, quando apenas 14% (quatorze por cento) dos cursos dispõem da disciplina de cuidados paliativos e menos de 10 % (dez por cento) dos hospitais possuem equipes de cuidados paliativos, “Levantamento inédito da Academia Nacional de Cuidados Paliativos mostra que são apenas 177 serviços registrados nos 2.500 hospitais brasileiros com mais de 50 leitos—a maioria (58%) no Sudeste” (CLAÚDIA COLLUCCI; MARIANA VERSOLATO, 2018, versão on line).

Informam Cláudia Collucci e Mariana Versolato (2018) que países latino-americanos como Uruguai, Argentina, Costa Rica e Chile encontram-se mais bem colocados que o Brasil, quando se fala de cuidados paliativos. Embora este cenário esteja efetivamente modificando, como o caso que chamou atenção da mídia, de Marcos Antônio Santana de Miranda Silva, diagnosticado neoplasia (tipo de tumor) de intestino já em estado bem avançado, que durante uma troca de plantão revelou para uma enfermeira que já havia estado em São Luís outras duas vezes, mas não teve oportunidade de conhecer o mar e perguntou-lhe se o hospital não poderia realizar seu sonho (REVISTA FORUM, 2020).

E em um estado que inspira cuidados por conta de seu estado de saúde, a equipe médica se prontificou a realizar o sonho de seu paciente, foi preciso uma força tarefa, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo, e ainda, passar por questões burocráticas como a autorização do hospital e a presença de um dos familiares. Luis Fernando Amorim Ramos Filho, diretor clínico do Hospital Público Carlos Macieira, revelou que o hospital adota uma política de tratamento humanizado aos seus pacientes. Que realizar o sonho de Marcos naquele momento, talvez fosse uma oportunidade única, porque ele necessita de constante monitoramento por conta da dor. (REVISTA FORUM, 2020).

Os pacientes com doenças incuráveis ou estado vegetativo não podem ser tratados como mero objetos e não podem, simplesmente, terem suas vidas descartadas como algo que não serve mais para o mundo. A medicina tem função tripartida: é preventiva, cuja finalidade é antecipar diagnósticos de possíveis doenças, a fim de iniciar mais rapidamente as estratégias terapêuticas; curativa para tratamentos das enfermidades já diagnosticadas e constatadas e posventiva, quando o intuito é cuidar do paciente, e não da sua moléstia.

A medicina posventiva não trata da cura, mas da melhoria na qualidade de vida dos pacientes, no seu conforto, no seu bem estar. Não há necessidade de apressar a morte, mas deve ser permitido que os pacientes convivam com que amam até seus últimos dias, que sua dor seja amenizada, que seja permitido o alívio do sofrimento, aumentando o seu conforto (ADRIANO GODINHO, 2016), desde que seja esta a vontade do paciente.

Segundo a OMS (2014) os maiores obstáculos para a realização de cuidados paliativos são: desconhecimento da população sobre os efeitos dos cuidados paliativos, falta de profissionais habilitados para sua execução, crenças culturais e religiosas sobre a morte e o restrito número de analgésicos que podem legalmente serem prescritos.

Portanto, países como Brasil devem rever a legislação com a finalidade de promoção e ampliação dos cuidados paliativos, possibilitar um acesso maior aos analgésicos opioides e preparar profissionais de saúde de maneira multidisciplinar para trabalhar o processo de morrer concedendo ao paciente fora de possibilidades terapêuticas um bem-estar global.

#### **4 INSTITUTOS QUE ENVOLVEM A TERMINALIDADE DA VIDA: EUTANÁSIA, SUÍCIDIO ASSISTIDO, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA, NO BRASIL**

No Brasil, alguns preceitos éticos que envolvem terminalidade da vida são discutidos no âmbito da assistência médica e jurídica: a eutanásia, o suicídio assistido, a distanásia e ortotanásia, sendo os dois primeiros criminalizados no ordenamento jurídico brasileiro, pois não é permitido que o indivíduo tenha como escolha pedir auxílio de outro para retirar sua própria vida. E os dois últimos se mantêm em uma zona desconfortável, pois o ordenamento jurídico apenas observa, sem moldar textos legislativos.

É possível que se vincule as práticas eutanásticas à acontecimentos apresentados por diversas vezes na mídia, portanto termo que possui certa familiaridade, um pouco diferente da distanásia e da ortotanásia, que somente depois do progresso científico, no qual os médicos e famílias expõem o paciente/parente a um rito de terapias, drogas de última geração, aparelhos, procedimentos avançados tentando evitar-lhe a morte iminente, situação muitas vezes não desejada pelo próprio enfermo, que sofre fisicamente em razão da enfermidade acometida e espiritualmente por conta dos dias finais.

É possível que todas estas modalidades existam de forma implícita, inclusive, a eutanásia e o suicídio assistido, pois há um limbo de controle entre a prática e o que se traduz no judiciário, porque a defesa não poderá, por exemplo, alegar eutanásia ou suicídio assistido por conta da possibilidade de criminalização da conduta, então alega coação irresistível, suicídio praticado pelo próprio doente, sem qualquer auxílio.

Entretanto, há ainda pontos entre os institutos que precisam ser revistos e uniformizados em relação a seus conceitos e classificações, a fim de que a doutrina possa alicerçar o legislativo na propositura e aprovação de projetos de lei, bem como auxiliando o judiciário em suas decisões, inclusive, evitando muitas demandas junto àquele poder.

O presente capítulo tem o objetivo de apresentar uma abordagem geral sobre os institutos da eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia, apresentando sua natureza, possíveis motivações e limites legais

caracterizadores destes termos no Brasil, apresentando casos para que melhor ilustrem os referidos institutos.

#### 4.1 EUTANÁSIA

Por longo período entendia-se a eutanásia como conduta ou ato de tirar a vida do homem tornando-a mais estigmatizada do que é para muitos, pois é tema de embates jurídicos, com a turma do a favor e a do contra.

Etimologicamente é a “morte tranquila”, capaz de aliviar a dor e o sofrimento do paciente por palição adequada. Após longas discussões, é atualmente, percebida como ato de abreviar a vida com o objetivo de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes (ZIRLEIDE FELIX, 2013), provocando a morte de forma consciente, fundamentado em uma questão de relevante valor social ou moral, em vista de uma morte próxima, motivada por piedade ao ver tanto sofrimento do enfermo, sem que haja nenhum recurso médico/terapêutico capaz de evitar o óbito premente (JOSEANE CAUDURO, 2007).

A prática da eutanásia deve ser motivada por compaixão daquele que comete a ação, pois se a prática eutanástica tiver como pano de fundo outros motivos não há caracterização da eutanásia.

No caso da prática de antecipação da morte do paciente em terminalidade ser gerada por motivos de recebimento de herança, desocupação de leitos, omissão de socorro por falta de estrutura hospitalar são situações que acarretam a mistanásia<sup>20</sup>, ou eutanásia social, uma morte miserável, prática esta que pode ser vista na rede hospitalar pública diante das condições miseráveis que se encontra a saúde no Brasil (JOSEANE CAUDURO, 2007).

Portanto, a intenção de quem pratica a eutanásia e as circunstâncias pelas quais se apresenta o paciente serão sempre relevantes.

A eutanásia é, portanto, a morte misericordiosa que alguém imputa a outrem, diante de um estado de sofrimento, seja físico ou mental. Em geral, esta

---

<sup>20</sup> A mistanásia não será objeto da presente tese, ela é, também, conhecida com eutanásia social, é a morte que se dá fora e antes do tempo. Não é sinônimo de uma morte sem dor, nem boa, em razão da precariedade na qual ela ocorre, os doentes não conseguem nem mesmo ingressarem no sistema de saúde, geralmente, se dá por questões econômicas e por conta da deficiência do serviço de saúde pública, muitas mortes poderiam ser evitadas, (LUCIANO SANTORO, 2012).

prática se dá em pessoas que se encontram com doenças incuráveis, que estejam vivendo com grande sofrimento ou em estado vegetativo persistente (EVP), com o objetivo de extirpar a dor e o sofrimento, seja por sua vontade expressa ou não.

Sigmund Freud foi um dos que sofreu por conta de um tumor no maxilar superior, entre 1923 a 1939 foi submetido trinta e duas cirurgias, e logo, no início, quando começou a sofrer, chamou seu amigo médico, Max Schur, e o fez prometer que seria sempre verdadeiro e que se sua saúde se tornasse irremediável, não o deixaria sofrer inutilmente (LAURA SANTOS, 2003). No auge da dor, em uma de suas últimas cartas escreveu: “meu mundo é uma pequena ilha de dor flutuando em um oceano de indiferença” (NICOLAS HARDT, 2019, versão on line).

A doutrina apresenta diversas classificações para a eutanásia. A eutanásia que pode ser praticada por médico, por outro profissional da saúde, por terceiro, a pedido do paciente ou sem o seu consentimento, desde que não haja o dolo como no homicídio e desde que o objetivo do sujeito ativo seja o de acabar com o sofrimento do paciente, por conta disso é heterogênea, pode ser classificada quanto a voluntariedade em voluntária ou involuntária e não voluntária (MARGARIDA ROQUE, 2010).

Adriano Godinho (2016) classifica a eutanásia da seguinte forma:

a) quanto ao agente - pode ser ativa, na qual por comportamentos comissivos visa-se provocar a morte (p.ex.: injeções de ar), ou passiva, objetiva-se a morte deixando de realizar tratamentos úteis e proporcionados para o prolongamento da vida do paciente;

b) quanto a intenção do agente, que pode ser direta, na qual o médico visa direta e imediatamente a morte do paciente, e a indireta (também chamada de eutanásia duplo efeito), na qual o médico pretende, primeiramente, aliviar as dores e o sofrimento do paciente aplicando substâncias que, como efeito indireto, podem levá-lo à morte;

c) quanto à vontade do paciente- voluntária, a eutanásia ocorre a pedido do paciente; a não voluntária, é tirar vida do paciente sem que ele peça para morrer; e involuntária, que contraria o desejo expresso do paciente de se manter vivo. Como foi afirmado anteriormente, segundo o autor, somente a voluntária seria considerada uma autêntica conduta eutanásica.

d) quanto à finalidade: libertadora, cujo objetivo é livrar o paciente, a seu pedido, de um sofrimento insuportável, esta é a eutanásia propriamente dita; eliminadora ou eugênica, visa eliminar pessoas que tenham anomalias físicas ou mentais; econômica, na qual seleciona-se a partir de um critério social as pessoas que devem morrer, especialmente, aquelas que representam um ônus para a sociedade; solidária, que visa suprimir a vida de um indivíduo para retirar os órgãos a fim de salvar outra pessoa<sup>21</sup>.

Ainda segundo o autor (ADRIANO GODINHO, 2016), não podem ser consideradas condutas eutanásicas autênticas as modalidades eliminadoras, econômica e solidária. A única que poderia ser considerada eutanásia seria a libertadora.

No que diz respeito à forma que cessa a vida, da eutanásia ativa se extrai uma série de atos ou procedimentos para causar a morte, e finalmente, cessar, o sofrimento, e a omissiva é ausência de tratamento, a omissão ao se administrar certo medicamento tido como extraordinário, deixando morrer. Em ambas as situações o fim próximo é incontestável. Observe-se que a intenção não é matar, a intenção é abrandar o sofrimento, que tem como consequência a morte.

A eutanásia pode ser ativa, quando há intenção de causar a morte, seria “uma proposta de promover a morte mais cedo daquela que se espera, por motivo de compaixão, ante o sofrimento insuportável” (Maria de Fátima Sá, 2001, p.67).

A eutanásia ativa é determinada pela realização de uma ação com o sentido de abreviar a vida do paciente, de forma consciente, em razão da comisseração pelo sofrimento do paciente.

Para Joseane Cauduro (2007, versão on line) a eutanásia ativa é “o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente terminal, por fins misericordiosos”, enquanto que a eutanásia passiva ou, também, denominada, de indireta “consistiria na morte do paciente dentro de uma situação de terminalidade, em virtude da omissão médica”.

Joseane Cauduro (2007) apresenta sinônimos da eutanásia passiva: eutanásia por omissão, ortotanásia ou paraeutanásia, afirmando que há uma aceleração da morte. Pensa, também, desta maneira George Leite (2018, p.135)

---

<sup>21</sup> A eutanásia que reflete a presente pesquisa é a comum, aquela na qual a morte se dá por motivo altruístico.

quando ao conceituar eutanásia passiva assevera que é o deixar morrer praticando uma conduta não positiva, mas “tão somente se dispensa cuidados paliativos ao indivíduo permitindo-lhe que a morte alcance o seu curso natural. A eutanásia passiva é também denominada de ortotanásia”.

Entre Joseane Cauduro (2007) e George Leite(2018) há uma verdadeira confusão de conceitos. Joseane Cauduro (2007) aplica o conceito de eutanásia passiva apresentando-a como sinônimo de ortotanásia, e George Leite(2018) apresenta o conceito de ortotanásia considerando eutanásia passiva.

Mais adiante tratar-se-á acerca da ortotanásia, expondo características que a diferem da eutanásia passiva, não se concordando aqui com a afirmativa trazidas pelos autores supracitados de que eutanásia passiva e ortotanásia sejam expressões com significados iguais, mas adianta-se dizer que é certo que ambas minoram o sofrimento causando a morte, no entanto, a ortotanásia, administra o custo/benefício, bem como estabelece cuidados paliativos obrigatoriamente e não acelera a morte, esta advém ao tempo certo.

A eutanásia passiva não pode ser confundida com ortotanásia primeiro porque aquela tem o objetivo de abreviar a morte do paciente a segunda apenas minimizar sua dor, apresentando todos os cuidados paliativos para uma morte confortável, no seu tempo certo.

Assim, na eutanásia passiva o autor da prática deixa de fazer algo com o objetivo direto e imediato de provocar a morte do paciente, atendendo a um pedido deste. A ortotanásia, por outro lado, consiste na limitação de uso de recursos médicos, farmacêuticos e tecnológicos em pacientes com diagnóstico de terminalidade e/ou incurabilidade. Aqui, o objetivo não é abreviar a vida do paciente, mas reconhecer que a doença tem seu curso natural e que o prolongamento artificial da vida biológica não é benéfica para o paciente (LUCIANA DADALTO, 2020, versão on line).

Corroboram, também, com a distinção entre eutanásia passiva e ortotanásia Antonio Lopes el all ( 2011) quando afirmam que eles divergem no momento da conduta, na ortotanásia o evento morte já possui início, portanto ele é inevitável e próximo, diferentemente, na eutanásia passiva omitem-se ou suspendem-se procedimentos que já haviam sido iniciados e que poderiam dar algum benefício ao paciente, inicia-se daí o evento morte. O que converge entre os dois institutos é a possibilidade de proporcionar alívio a dor do enfermo.

A eutanásia ativa pode ser subdividida direta ou indireta, é a classificação que se faz em relação a intenção do agente. Direta quando os atos

de antecipação da morte são comissivos, há a ajuda para morrer, a conduta acontece direta e imediatamente sobre o corpo do paciente e a indireta, também denominada de duplo efeito, embora também acelere a morte, há a utilização de fármacos, que vão se intensificando para aliviar a dor e o sofrimento e a morte tem um efeito secundário e certo. A eutanásia ativa indireta não é punível no ordenamento jurídico brasileiro, é prática juridicamente lícita e presente, pois é uma conduta esperada do médico, a prática do bem, conforme o princípio da benevolência, explica Luciana Santoro (2012).

Para Adriano Godinho (2016) é importante retratar que a eutanásia indireta ou duplo efeito, geralmente com a utilização de fármacos com o objetivo de diminuir as dores e, conseqüentemente, o sofrimento, causando a antecipação da morte, advém de um juízo de ponderação do médico, para garantir que a conduta realmente se enquadre no ato de duplo efeito deve se verificar certas circunstâncias como: 1- O ato praticado em si não é mau; 2-Que o efeito mau, morte, não seja meio para alcançar o alívio das dores; 3-Que o efeito mau seja previsto e não querido; 4-Que haja uma justificativa plausível para permitir que o efeito mau ocorra.

Quanto a voluntariedade, Adriano Godinho (2016) afirma que para a prática da eutanásia é necessário que seja realizada a pedido do paciente, por um médico capaz de aliviar a dor e o sofrimento, e o enfermo deve ser incurável e terminal, o autor revela que na necessidade de qualificar os elementos da eutanásia é preciso que se veja os ordenamentos jurídicos de cada país, a Holanda e a Bélgica, por exemplo, a eutanásia pode ser praticada, porém somente será admitida como uma conduta legítima se seguir os parâmetros da lei. O paciente que não tenha mais a possibilidade de externar sua vontade para que pratiquem com ele a eutanásia, se se considerar ação ou omissão para retirar-lhe a vida, estado de terminalidade e sofrimento, e possível vontade do paciente, representado por outrem, se mostra a eutanásia involuntária.

Na eutanásia involuntária não há como se verificar a vontade do paciente, mas é possível que ela possa ser provinda de outra pessoa, que não possui a titularidade do direito à vida, mas que seja seu representante legal ou contratual, se tiver as características de abreviação da vida e terminalidade e ainda a vontade do terceiro como se fosse a vontade do paciente, se extrai uma prática eutanástica (GEORGE LEITE, 2018). Diferentemente do que afirma



Adriano Godinho (2016) que a eutanásia na qual o paciente não pode expressar seu desejo é a não voluntária.

Adriano Godinho (2018) admite quanto a voluntariedade a eutanásia involuntária, nela a vontade do paciente é expressamente contrária à prática da eutanásia. Assim, também, pensam Daniela Alves (2013), Rodrigo Siqueira-Batista e Fermin Schramm, (2004), este autor afirma que a prática da eutanásia de forma contrária ao desejo do paciente é claramente prática de homicídio.

A eutanásia não voluntária está diretamente relacionada a impossibilidade de explicitação da vontade por falta de capacidade da pessoa em desconhecer-se ou o seu estado, ou não poder mais se manifestar, diante da incapacidade jurídica (seja absoluta ou relativa) para tal. A eutanásia não voluntária, segundo Margarida Roque (2010), está assentada na não explicitação da vontade, e não na sua presença ou ausência, para a referida autora a eutanásia não voluntária está diretamente ligada a indivíduos que não possuem mais a capacidade de discernir entre estarem vivos e estarem mortos.

Sendo assim a eutanásia voluntária a que é desejada pela pessoa, através de sua vontade expressa, a não voluntária é quando a vontade do paciente não consegue ser manifestada, embora se pense que está sendo cumprida a vontade do paciente, realizando seu desejo, e a involuntária quando a interrupção da vida se dá notoriamente sem o consentimento do enfermo, entretanto, o desejo não seria de matar ou extirpar um vida, o sentimento de quem o comete é o de cessar o sofrimento da pessoa do doente.

Adriano Godinho (2016) defende a liberdade da pessoa para que possa escolher a hora de morrer. Não é uma questão de tornar obrigatória a eutanásia, mas de permitir que o indivíduo tenha a liberdade de escolha a respeito da dignidade de viver e de morrer.

É uma questão de morte digna na bioética, um problema de natureza moral que se impõe, uma vez que a defesa pela eutanásia encontra-se na liberdade de escolha daquele que padece em razão do sofrimento, é subjetivo. Os que não defendem a eutanásia e que são veementemente contrários ao encolhimento da vida argumentam que o paciente fora de condições terapêuticas atuais não encontra-se cômico, nem capaz de deliberar, ou aqueles que por razões religiosas têm a vida como sagrada, pois concedida por Deus, somente ele pode retirar.

Rodrigo Siqueira-Batista e Fermin Schramm (2004) trazem outras questões opositoras da eutanásia como, relação médico-paciente desgastada, em virtude da desconfiança; realização não por atos de compaixão, mas por motivos pessoais; pressão psíquica do paciente em se considerar um empecilho para a dinâmica familiar. De certo, que são motivos circunstanciais.

É de esclarecer sempre que na liberdade da pessoa escolher a hora de morrer não é sempre que se dará pela eutanásia, pode ser que seja pelo suicídio, ou pelo suicídio assistido, caso não possa executar pessoalmente. O discernimento do ato deverá sempre ser atestado, para que não paire dúvidas quanto ao desejo do enfermo. Rejeitar a eutanásia por motivos casuísticos, é não entender seu verdadeiro conceito, de tratar a antecipação da morte como uma forma de sanar o sofrimento de outrem, por motivo altruístico. Outros motivos, são passíveis de outra forma de tipificação.

A eutanásia se difere do suicídio assistido, sendo que o primeiro procedimento não é realizado diretamente pelo indivíduo e sim por terceiro (heteroexecução), enquanto o segundo, a pessoa recebe somente auxílio de um médico, sendo que ela mesma realiza o ato (autoexecução). Apesar de serem condutas distintas, tanto o suicídio assistido com a eutanásia tem igual tratamento pelo ordenamento jurídico brasileiro, pois, ambos são comportamentos considerados ilícitos (ADRIANO GODINHO, 2016). Adiante as questões que envolvem o suicídio assistido serão complementadas.

Adriano Godinho (2016) apresenta precedentes jurisprudenciais, nos quais prevaleceram a tese da autonomia do paciente. O primeiro é o caso “McKay v. Bergstedt”, que o Tribunal Supremo de Nevada entendeu que “o direito do indivíduo decidir sobre a vida tem mais valor que o interesse do Estado em preservá-la”. E, o segundo é da Corte Constitucional da Colômbia, sentença C297/97. Ademais, outro argumento do autor é que uma sociedade verdadeiramente democrática toleraria a liberdade do indivíduo de escolher viver ou morrer, segundo suas convicções. Logo, caberia ao Estado somente garantir que a pessoa esteja plenamente consciente das consequências de seu desejo e que se manifeste expressamente.

Ainda para Adriano Godinho (2016), praticar a eutanásia corresponderia ao princípio bioético da beneficência, o qual visa realizar um bem a outrem. Argumenta, no que tange ao caso brasileiro, em defesa da eutanásia, os artigos

5º,II, o qual dispõe que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo senão em virtude de lei e o art. 1º da Constituição Federal (CF), no qual o Brasil constitui um Estado Democrático de Direito, por conseguinte, qualquer conduta contrária a vontade do indivíduo seria incompatível com a democracia. No entanto, o autor, também, não é ingênuo quanto aos riscos que tal legalização poderia causar, como possibilidade da prática de eugenia (seleção de pacientes que teriam ou não vida digna) e descaso com os cuidados paliativos (optando pela eutanásia, que geraria uma “facilidade”).

Muitas questões da eutanásia perpassam pela dor e o sofrimento, no entanto se existissem cuidados paliativos para o doente em relação à dor e ao sofrimento, menos vidas seriam dissipadas pela eutanásia.

Parece paradoxal defender morte digna, enquanto a realização da vida digna faz parte de uma luta diária, entretanto ambas circundam em torno da dignidade da pessoa humana. A seriedade do tema deve ser considerada com respeito para que não tome caminhos da seletividade, as pessoas não devem ser abandonadas nem por não terem condições econômicas de viver, nem porque encontram-se com uma doença que não têm terapias cientificamente conhecidas para a cura.

Realmente há uma certa hipocrisia cruel e perigosa na suposta preocupação com a oferta de uma “morte digna” quando muito pouco se faz para propiciar o respeito pela dignidade humana dos viventes. Deve-se tomar sérios cuidados para que não se enverede por um caminho seletivo em que a alguns seja mantida e assegurada sua vida digna, reservando a outros, na falta de melhor opção e para que não atrapalhem o bem-estar dos demais, uma “morte piedosa” (EDUARDO CABETTE, 2009, p.32).

No Brasil, há casos que passam pelo judiciário para que o autor responda por homicídio, e na verdade a conduta foi de eutanásia, mas em razão da lei considerar ilícito o ato, as teses devem partir de outras fundamentações aceitáveis pelo ordenamento vigente.

Recentemente, mais precisamente em 2015, Roberto Rodrigues de Oliveira foi absolvido pelo Tribunal do Juri de Rio Claro (SP) por homicídio doloso contra seu irmão, Geraldo. Durante a defesa de Roberto, o advogado argumentou o sofrimento e as dores do irmão que por conta de um acidente de moto ficou tetraplégico, e provou que a morte foi arquitetada pelo próprio Geraldo, que implorou ao irmão que a cometesse (FÁBIO RODRIGUES, 2015).

O fato de Geraldo encontrar-se tetraplégico e com um sofrimento incurável e ainda ter pedido ao irmão, Roberto, que lhe tirasse daquele corpo, que não aguentava mais fez com que a soberania do júri popular inocentasse Roberto, que nada mais fez, do que praticar um ato de compaixão para uma situação irremediável, de angústia e dor.

Observe-se que o estado de Geraldo não era de doença terminal, era de um estado irreversível de imobilidade, considerado, também, pela doutrina, situação de eutanásia, uma vez que é eticamente permitido ao médico, suspender ou limitar tratamentos e procedimentos para os pacientes com doenças incuráveis<sup>22</sup>. Para Antônio Lopes el all (2011) a eutanásia, não se reduz apenas a doentes fora de condições terapêuticas, mas também, a pacientes em estado vegetativo irreversível.

É de se considerar que quando o enfermo está em coma, sem consciência, e em estado vegetativo persistente, quase sempre, se pratica a eutanásia, quando a família aceita que os aparelhos sejam desligados, no entanto, quando a pessoa tem plena capacidade para tomar suas próprias decisões, ela é proibida. “Não obstante, muitos médicos têm se mostrado dispostos a desligar os aparelhos que mantêm vivos os pacientes terminais sempre que estes lhe imploram para fazê-lo (RONALD DWORKIN, 2003, p.258-259).

Leo Pessini (2002) corrobora ao afirmar que a pior situação em relação ao cuidado da vida ocorre quando não existindo perspectivas de cura, em razão de doença grave e mortal, há dor e sofrimento insuportável e este é um dos motivos pelos quais se pensa na eutanásia, para ceifar, de vez, a dor e o sofrimento.

#### 4.2 SUICÍDIO ASSISTIDO

---

<sup>22</sup> “O juiz Roberto Luis Luchi Demo emitiu sentença onde considera improcedente o pedido do Ministério Público Federal por meio de ação civil pública de decretação de nulidade da sua Resolução nº 1.805/2006, que trata de critérios para a prática de ortotanásia”, **ainda emite a nota do CRM:** “Com a decisão, o médico autorizado pelo paciente ou seu responsável legal pode limitar ou suspender tratamentos exagerados e desnecessários que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis a ortotanásia”, (JUSTIÇA..., 2010).

Suicídio assistido<sup>23</sup> é o procedimento de alguém, que por sua vontade livre, retira sua própria vida com o auxílio de terceiro, que presta apoio, assistência material ou moral para a execução do ato, se submetendo à ajuda motivado pela piedade e compaixão em razão da dor e sofrimento pelo qual passa o suicida. É também, conhecido como auto-eutanásia.

A distinção do suicídio assistido para a eutanásia ativa é clara, porque no primeiro, o executor, é o próprio sujeito moribundo com auxílio de outrem, no caso deste trabalho, o paciente fora de condições terapêuticas atuais, e na eutanásia a morte não é diretamente realizada pelo enfermo, entretanto, em ambas as motivações ( na prática da ação eutanásica e no auxílio do suicídio assistido) se revelam pelo espírito de solidariedade para com o doente, pela compaixão, sendo que no suicídio assistido a vontade do executor não pode ser objeto de dúvidas.

Para Márcio Martins (2018), o suicídio assistido consiste em prover os meios para que o paciente terminal, por conta própria, ponha fim à sua vida. Pode-se apontar dois elementos de diferenciação da eutanásia para o suicídio assistido: o consentimento e o sujeito ativo; na morte assistida tanto o consentimento quanto a ação em si são do paciente, já na eutanásia o consentimento pode ser concedido pelo paciente ou por terceiros, caso o paciente não esteja em condições de decidir por si próprio e a ação de abreviar a vida é praticada por um médico.

Então, no suicídio assistido o enfermo dá fim à sua própria vida sem que haja nenhuma intervenção direta de outra pessoa

Ainda que auxiliado por terceiros, a vontade do executor em praticar o ato está diretamente relacionada à sua autonomia e à sua autodeterminação, claro que quem auxiliou vai responder perante o Poder Judiciário, no entanto, comprovada a higidez mental e a situação de sofrimento e dor, o terceiro que o

---

<sup>23</sup> O médico patologista, Jack Kevorkian, conhecido como Dr. Morte, auxiliou cerca de 130 pacientes em terminalidade a se matarem, ele foi criador de uma máquina que permite o suicídio assistido, a decisão era do paciente, que apertava um botão e eram inseridas substâncias letais no corpo. “Em 1998, porém, Kevorkian aplicou a injeção que matou um de seus pacientes, caracterizando a chamada eutanásia ativa. Além disso, filmou o procedimento e fez com que fosse exibido na tevê. Condenado por homicídio, cumpriu oito anos e meio da sentença até obter liberdade condicional”, (ISTO É, 2010)

auxiliou, fornecendo os meios necessários para a autoexecução, possui consequências jurídicas mais amenas do que se tivesse praticado o ato diretamente.

Isabella Oliveira (2019) não afasta a possibilidade de suicídio assistido em paciente com cognição comprometido, desde que tenha tido o acompanhamento profissional especializado para que pudesse constar a vontade em pôr fim a sua vida em decorrência do sofrimento da angustia causada pela doença.

O importante é o discernimento para entender as consequências do ato.

Em geral, o auxílio ao suicídio ocorre para que a vítima possa sozinha concretizar o ato e não possui os meios materiais para o seu preparativo, ou por ignorância não sabe como concretizá-lo, ou porque necessita da ajuda de outras pessoas, em face de suas condições físicas, para ajudá-las a morrer, foi o caso de Ramon Sampedro, um marinheiro espanhol que sofreu um acidente que o deixou tetraplégico aos 25 anos e por 28 anos lutou pela eutanásia, pelo direito de interromper o que dizia ser “uma vida sem dignidade”, para ele viver era um direito e não uma obrigação, mas que teve que se converter ao suicídio assistido. Sua história de vida e de morte foi retratada no filme *Mar Adentro* (2004).

A pergunta que Ramón Sampedro fez, foi: a quem pertence a nossa vida? Ele chegou à conclusão de que o direito à vida, não era de quem a viva diariamente, mas do Estado, pois por longos anos travou uma batalha judicial com a Corte Espanhola sem êxito. E por sua condição (tetraplégico), para morrer precisava de auxílio, teve então, que optar pelo suicídio assistido, para ele uma opção clandestina, pois se não era legal, não era digno, (FERNANDO PARDAL, 2015).

A legislação brasileira não pune a tentativa de suicídio<sup>24</sup>, contudo pune quem auxilia o suicídio, é o que reza o artigo 122 do Código Pena (1942), “Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça” ,

---

<sup>24</sup> No Brasil as taxas de suicídio vêm aumentando, muitos não são registrados por conta da estigmatização que cerca, “de acordo com o Ministério da Saúde, entre 2007 e 2016, 106.374 pessoas cometeram suicídio, gerando uma taxa de 5,8 a cada 100 mil habitantes”, os motivos são os mais diversos: perda de emprego, desespero financeiro, histórico familiar, mas entre eles encontram-se os suicídios assistidos em razão da dor física e mental crônicas (ISABELLA OLIVEIRA, 2019). Segundo Tagerino et al (2018), no Brasil, os suicídios são subnotificados, questões que atravessam o desconhecimento do óbito pelo sistema de saúde por conta dos sepultamentos clandestinos até a desatenção e preenchimento incorreto da declaração de óbito.

configurando-se, portanto, crime, e punível com pena de dois a seis anos se o suicídio é consumado e de um a três anos se o auxílio do terceiro resultou de lesão corporal de natureza grave ao sujeito ativo.

Os brasileiros que querem se submeter ao suicídio assistido, em geral, encaminham seu prontuário<sup>25</sup> e exames para a Suíça, onde a morte assistida é legalizada e recebe estrangeiros para tal intento.

A médica oftalmologista, Letícia Franco foi inicialmente diagnosticada com dermatopolimiosite, depois com Asia, ambas as doenças crônicas, degenerativas e incuráveis, após 8 (oito) anos de dores insuportáveis resolveu passar pelo procedimento de suicídio assistido na Suíça, e em 2108 enviou um pedido para que fizesse parte da clínica de morte assistida Dgnitas, na Suíça, anexou os seus exames e a sua solicitação foi aprovada por unanimidade, estando aprovado o procedimento (VINÍCIUS, 2018).

Letícia revelou a reportagem da BBC que como médica sempre defendeu a morte digna, e por enquanto suspendeu o plano de viagem a Suíça pela possibilidade de ajudar outras pessoas que passam pela mesma doença, sendo cobaia de tratamentos experimentais. Para ela a morte assistida foi uma decisão difícil, principalmente pela questão religiosa, por ser católica.

Eu não quero morrer cheia de tubos, ter uma morte sofrida, horrível como eu sei que é. Se fosse só eu que sofresse, tudo bem. Mas é a família inteira que sofre. A coisa mais difícil é olhar para o olho da mãe e do pai e ver a tristeza enorme que eles têm por você estar com dor, ver eles sem esperança de que você vá melhorar, esperando por um milagre", diz ela, cujos pais também são médicos (MESQUITA, 2018, versão on line).

Para Isabella Oliveira (2019, versão on line) ainda existem os suicídios que não conseguem se concretizar por conta de atos precários ao tentar retirar sua própria vida, por isso o Estado não poderia se omitir em prestar a estrutura e compreensão a estas pessoas que diante de um contexto grave ou de terminalidade, que lhe impõem um sofrimento excessivo, pois seria “uma forma de garantir sua autonomia e prover sua vontade de modo digno tanto no aspecto fisiológico quanto emocional, sem precisar recorrer a meios demasiados torturantes ou invasivos[...].”

---

<sup>25</sup> Prontuário médico é um documento no qual pode ser encontrada a história da enfermidade do paciente e sua evolução, identificando-o, podendo constar imagens, exames, resultados, possíveis diagnósticos e discriminação dos procedimentos já realizados e dos possíveis a serem realizados (LUCIANA DADALTO, 2015)

O Conselho Federal de Medicina não pactua com o suicídio assistido, nem com a eutanásia. O artigo 41 do Código de Ética Médica, reza que o médico não poderá abreviar a vida do paciente, nem mesmo que seja a pedido dele ou de quem o represente, caso o paciente esteja acometido de doença na qual o seu fim esteja próximo o que o profissional deverá oferecer são os cuidados paliativos disponíveis, evitando o procedimentos inúteis (BRASIL, CEM, 2018).

#### 4.3 DISTANÁSIA

Cada vez que há conquistas na medicina, que os avanços biotecnológicos ocorrem pode-se observar equipamentos e drogas capazes de manter artificialmente alguém para sempre.

Segundo Renato Sertã (2005) a distanásia é o tratamento médico que está fora da possibilidade de cura, mas que, de certa forma prolonga a vida do paciente, o que causa uma morte lenta e com sofrimento, gerando uma morte difícil e penosa, se contraponto a ortotanásia situação pela qual os pacientes, juntamente com seus parentes, em sua fase final enfrentem a morte com tranquilidade.

Há no caso da distanásia uma obstinação terapêutica para que haja o prolongamento da vida a qualquer custo, mesmo sem qualidade ou dignidade, a preocupação é apenas com a maior quantidade de tempo de sobrevivência, há um retardamento infundado na morte do paciente, utilizando-se de todos os recursos que a medicina disponibiliza, sem nenhum benefício, sem possibilidades de cura, como se a morte fosse medida evitável a todo e qualquer custo. Em certos casos, mesmo com a declaração da morte encefálica do paciente, a família não aceita que desliguem os aparelhos.

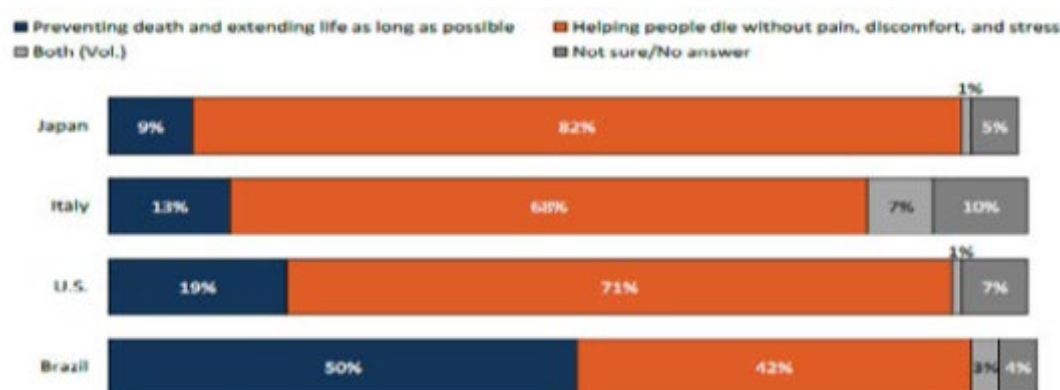
Casos de distanásia ocorrem diariamente no Brasil, em 29/09/2016 Vanessa Loreiro, mãe de Renan Grimaldi, de 18 anos, que sofreu um acidente de carro e teve morte encefálica atestada, através de uma corrente de familiares e amigos, fez com que os aparelhos que mantinham o corpo de Renán em funcionamento artificial não fossem desligados, como manda o procedimento padrão e as normas do hospital. Para Vanessa, disposta a não entregar o filho para morte, o filho não estaria morto, pois o coração ainda continuava batendo



e os demais órgãos funcionando. Após 04 (quatro) dias, Renán sofreu uma parada cardíaca e não resistiu, (Ramon Tadeu, 2016).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Kaizer Family<sup>26</sup> no Japão, Itália, Estados Unidos e Brasil revelou dentre os quatro países pesquisados, o Brasil possui uma tendência muito maior que os outros no prolongamento da vida, metade dos brasileiros respondeu que prefere prevenir a morte e prorrogar a vida o máximo possível, enquanto que no Japão, Itália e Estados Unidos a grande maioria prioriza a redução da dor e do estresse ao longo da vida.

Gráfico 2 - Tendência de: Prolongamento da vida; morrer sem sentir dor, sem desconforto e stress; ambos; não Souberam Responder



Fonte: Kaiser Family Foundation/The Economist Four-Country Survey of Aging and End-of-Life Medical Care (conducted March-November)

A distanásia, mundialmente é conhecida como “encarniçamento terapêutico”, na qual ocorre uma morte lenta e sofrida, ou também pode ser chamada de “intensivismo terapêutico”, além do que há uma preocupação que tal procedimento vise apenas benefícios econômicos para médicos e hospitais por causa dos lucros advindos com o tratamento de pacientes incuráveis (ADRIANO GODINHO, 2016).

A distanásia seria um atentado a qualidade de vida, há um excesso na luta pela vida com tratamentos fúteis<sup>27</sup>, há uma recusa na aceitação da morte

<sup>26</sup> A Kaiser Family Foundation em parceria com The Economist promoveu uma pesquisa sobre as visões e experiências de pessoas com o envelhecimento e os cuidados médicos. A pesquisa se deu por telefone fixo e celular, assistidas por computador, envolvendo uma média de 1000 pessoas por país ( Japão, Itália, EUA e Brasil) a partir de 18 anos, (2017).

<sup>27</sup> Tratamento fútil é aquele não possui utilidade nem para o doente, nem para sua família, cujo resultado é totalmente indiferente para a situação clínica que compadece o paciente fora de

pelo próprio paciente, pela família ou até mesmo pelo corpo médico, que pode associar a morte de seu paciente a um fracasso profissional.

George Leite (2018, p.137) aponta duas condições para que a distanásia seja configurada: “a) A realização de terapias ineficazes ou fúteis que aumentem a dor e b) Realizar terapias desproporcionadas em relação aos custos humanos e à utilidade para o paciente”. Tudo repercute na proporcionalidade e na possibilidade de cura, inversamente, se a medida não provoca nenhum bem-estar no paciente, seja no âmbito físico ou psíquico, configura-se o “encarniçamento terapêutico”, ou seja, a distanásia.

Tudo perpassa pela condição de irreversibilidade da doença para que seja considerada distanásia, como por exemplo, colocar o respirador para quem teve morte encefálica diagnosticada, apenas para o coração bater artificialmente, realizar uma cirurgia para retirar um tumor quando o câncer está generalizado. São situações que apenas prorrogam a morte e em nada beneficiam a vida.

Na prática, significa que um paciente com câncer terminal, com todos os órgãos afetados e sem tratamento possível, deve receber apenas anestesia, remédios que controlem a dor ou sintomas fortes. Mas, na hora em que o coração parar de bater ou o pulmão de respirar, não deve ser ressuscitado e colocado em aparelhos, onde viveria mais alguns dias ou semanas, muitas vezes inconsciente. Isso, claro, desde que a família ou o próprio doente estejam de acordo, (CRM-PR, 2006).

Os médicos não querem ter a morte em suas mãos, o que os faziam optar, inúmeras vezes, pelo prolongamento da vida do paciente, postergando o óbito, mantendo o paciente em sofrimento, sem perspectiva de melhora e nem de cura e os avanços tecnológicos, bem como o surgimento de novos medicamentos serviram para proporcionar a distanásia, era como se o médico e o tratamento por ele indicado fossem poderosos a ponto de fazer com que a morte não existisse.

Leo Pessini (2009, versão on line) afirma que quanto melhor for o hospital, mais casos de distanásia podem ser percebidos e de forma sofisticada, porque há uma verdadeira práxis na conduta médica nos estabelecimentos hospitalares. Um pouco diferente dos países mais desenvolvidos, nos quais há uma consciência maior sobre os limites de investimento tecnológico a serem

---

condições terapêuticas atuais, haja vista que por mais avanço tecnológico que se tenha, o progresso não trará a dádiva da imortalidade biológica (Hildeliza Cabral, 2009).

ministrados aos pacientes. O autor assevera que “na cabeceira dos leitos dos doentes irrecuperáveis constam indicações tais como DNR (do not resuscitate), NTBR (not to be resuscitated), no code, code 4, etc.”.

Entretanto, ainda é comum o embate judicial, em virtude do sofrimento do paciente e da divergência de seus familiares em manter ou não ao paciente acoplado a tubos e outros aparelhos, além do que nem todos os países são unânimes quanto ao momento de apenas conceder ao paciente cuidados paliativos. Como se pode analisar com o caso de Vincent Lambert.

Em 2015, o Tribunal dos Direitos Humanos da União Europeia julgou, após ter considerado todos os aspectos éticos e médicos, o caso de Vincent Lambert, Francês de 38 anos, que se encontrava tetraplégico e em estado vegetativo persistente há 7 (sete) anos, em decorrência de um acidente automobilístico em 2008. O Tribunal autorizou que a França desligasse os aparelhos de Lambert para que pudesse, finalmente, ter sua morte natural (WOLFGANG DICK, 2015).

A esposa do Lambert que não suportava mais o sofrimento do marido teve que se socorrer ao Tribunal Europeu de Direitos Humanos (TEDH) porque os pais do francês não eram favoráveis a apartação dos aparelhos ligados ao filho e Vincent não realizou seu testamento vital.

A decisão foi importante para pacientes e familiares que desejam evitar ou acabar com o sofrimento quando não havia mais esperanças de vida digna, afetando a legislação de países da Europa sobre a distanásia e eutanásia.

Para Wolfgang Dick (2015) é possível, que em casos concretos de eutanásia, a decisão do TEDH no caso de Vincent Lambert venha a ser fundamento para respaldar posicionamentos de médicos e de familiares.

A distanásia, além de apresentar um sofrimento, através de terapias inúteis ao paciente, também, congestiona a rede hospitalar, pois muitos pacientes que se encontram em Unidades de Terapias Intensivas poderiam encontrar-se em tratamentos e cuidados paliativos.

Leo Pessini (2013, versão on line) apresenta que dados do Conselho Federal de Medicina constam que 30% dos internados em UTIs no Brasil, são pacientes fora de possibilidade terapêutica e não deveria ser ali o seu lugar. Diz ainda o autor que os pacientes na UTIs “deveriam estar recebendo cuidados paliativos, ou seja, não sendo mais possível a cura, deveria ser dado a esses

pacientes conforto e atenção a suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais”.

Há uma questão bioética que envolve a distanásia, em vista desta moderna tecnologia quanto aos aparatos, aparelhos, medicação, avanços médico-científicos, admite-se que é complexo identificar até que momento deverá existir a intervenção, especialmente, quando o paciente se encontra fora de possibilidades terapêuticas, em quadro de irreversibilidade, deve-se, portanto, parar, quando não existir mais tratamento que beneficie o paciente.

O paradigma de curar facilmente torna-se prisioneiro do domínio tecnológico da medicina moderna. Se algo pode ser feito, logo deve ser feito. Também idolatra a vida física e alimenta a tendência de usar o poder da medicina para prolongar a vida em condições inaceitáveis. Esta idolatria da vida ganha forma na convicção de que a inabilidade para curar ou evitar a morte é uma falha da medicina moderna. A falácia desta lógica é que a responsabilidade de curar termina quando os tratamentos se esgotam (LEO PESSINI, 2009, versão on line).

Não se pode olvidar que é possível que toda tecnologia para prorrogar o momento da morte de um paciente fora de condições terapêuticas atuais afeta a sua dignidade, que ao invés de tratar, causa sofrimento; ao invés de curar, massacra. A dignidade da pessoa humana é um valor que deve ser protegido pelo Estado e pela sociedade, no entanto, o direito é a razão e o fim da pessoa, é ela (a pessoa do paciente) quem deve ter o livre consentimento, quando capaz, para exercer a liberdade de se opor ou não a tratamentos considerados extraordinários, inúteis e que não geram bem-estar.

Para Hideliza Cabral et all (2019) deve existir uma consciência médica na aplicação de recursos disponíveis sem que haja interferência na possibilidade de uma morte tranquila, pois todos têm direito à uma morte digna. Afinal, a morte faz parte de um ciclo que tem início, meio e fim.

Ainda afirma a autora supracitada que a dignidade da pessoa humana<sup>28</sup> deve ser o sustentáculo das decisões, a tentativa de proteger a pessoa, concedê-

---

<sup>28</sup> A dignidade da pessoa humana é um valor próprio de cada pessoa, irrenunciável e inalienável, devendo ser entendida como um mecanismo de inclusão social. O princípio da dignidade da pessoa humana, como forma de efetivação daquele valor, não está no rol dos direitos e garantias fundamentais da Constituição Federal de 1988, no entanto encontra-se posicionada na condição de princípio fundamental, como se a intenção do legislador constitucional fosse a delegar aos princípios fundamentais o status de norma orientadora, direcionadora e definidora de direitos e garantias fundamentais, (LARA CAVALCANTE, 2007).

la a um tratamento menos sofrido diante de uma doença terminal, somente justifica tratamentos que sejam para lhe beneficiar, qualquer tipo de cuidado que importe mais sofrimento ao enfermo é injustificável (HILDELIZA CABRAL et all, 2019).

Embora amplamente praticada, a distanásia, sob o forte fundamento da medicalização, o Conselho Federal de Medicina refuta esta prática pelos seus associados, através de suas Resoluções, especialmente, a Resolução n.º 1.805/2006 que deixa de impor ao médico qualquer pena caso ele limite ou suspenda procedimentos apenas para prolongar a vida de paciente fora de possibilidade terapêutica atual.

#### 4.4 ORTOTANÁSIA

A ortotanásia tem sido associada ao conceito de morte digna. A origem da palavra ortotanásia vem do grego: orthos: certo; thanatos: morte. Não há prolongamento de vida artificialmente, o paciente fora de possibilidade terapêutica atual deve ser visto por sua equipe médica como um ser que aceita o seu final, o tempo certo para a morte, sem que haja procedimentos fúteis ou invasivos, apenas para prolongar os seus dias na terra, sem dignidade (ZIRLEIDE FELIX, 2013).

A ortotanásia é de caráter passivo e visa apenas os cuidados necessários para confortar o paciente mediante assistência médica, psicológica e afetiva (ADRIANO GODINHO, 2016).

No caso da morte ser iminente e inevitável o procedimento do médico deve ser o de preservar a dignidade do paciente através de cuidados paliativos, se for este o seu desejo.

Toda a vida do ser humano deve ser pautada no respeito à dignidade e não poderá ser diferente o seu processo de morte.

Se a morte for compreendida como um processo natural e final da vida e não como um fracasso, a ortotanásia será concebida como um procedimento pautado no respeito à morte digna, o que possibilitará a humanização do processo de morte (ANTONIO LOPES et all, 2012,p.62)

É possível que os tratamentos inúteis administrados ao paciente sejam rompidos, que os aparelhos sejam desligados, que quimioterapia ou a

radioterapia não seja mais realizada, por desejo à ortotanásia e aos preceitos do Código de Ética Médica. Não se está falando em acelerar a morte do enfermo, e sim em possibilitar uma morte com respeito aos seus valores, de forma mais confortável possível.

Não é correto afirmar que ortotanásia é sinônimo de eutanásia passiva, pois esta decorre de um ato omissivo, no qual há suspensão de tratamentos e cuidados proporcionais à enfermidade, que se utilizados poderiam preservar a vida do indivíduo. Na ortotanásia, a suspensão é de tratamentos fúteis e desproporcionados sem nenhum proveito ao paciente, ficando esse a espera pela morte natural. A ortotanásia (morte no tempo natural) é uma figura intermediária entre a eutanásia (apressar a morte) e a distanásia (retardar a morte) (ADRIANO GODINHO,2016).

Através da ortotanásia pode se pensar no “direito à morte digna”, pois, permite que o paciente, enquanto consciente e capaz, tenha um diálogo aberto com a equipe médica e com a família, evitando o sofrimento inútil e minimizando a dor, quando a morte se mostra iminente. A morte digna trata do modo como morrer e não do querer morrer. Trata-se não de possível direito subjetivo, mas de um efetivo direito exigido eticamente (ADRIANO GODINHO,2016).

A morte digna através da ortotanásia possibilita uma morte repleta de cuidados médicos, de cuidados afetivos, de bem-estar, mesmo quando a morte é próxima e inquestionável.

A morte digna é subjetiva, o Estado deve efetivar o direito à saúde, mas a questão é que a morte digna depende de como cada pessoa percebe sua dignidade, quais são as condições para que o indivíduo viva de forma digna, e morra de forma digna. Não se está tratando aqui de conceitos genéricos sobre a dignidade, mas de que, embora não haja consenso acerca dela, deve sempre ser pontuada que há um elemento único, atender e respeitar tudo o que a pessoa valoriza para si, desde que não infrinja a lei.

A morte digna para o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais pode ser entendida como a certeza do que o paciente deseja: se render, aos cuidados paliativos ou apressar o seu fim, (no Brasil, as formas de morte

assistida não são permitidas)<sup>29</sup>. O que é considerado morte digna é a morte sem sofrimento e de acordo com a vontade do paciente.

O apressar da morte, embora esteja envolvido o respeito à dignidade da pessoa, pode ser que esteja ligada ao seu sofrimento, que torna tão insuportável a vida, que a única solução é dar fim a vida. No mundo, pessoas que encontram-se em sua plena razão pedem para morrer, implorando para que outras retirem a sua vida, diante da impossibilidade de fazê-lo (RONALD DWORKIN, 2003), ou a própria família diante de quadro de inconsciência do paciente em estado vegetativo terminal.

Portanto, a morte digna em um Estado Democrático de Direito é conceder ao indivíduo fora de condições terapêuticas atuais, no qual o seu quadro clínico é de incurabilidade e irreversibilidade da doença, a sua autonomia, a possibilidade de escolher como deseja que a sua finitude seja alcançada, respeitando todas as suas dimensões: física, social, biológica, espiritual etc.

A morte digna pode vir com recusa na realização de certo tratamento, e nem por isso importa que seja uma forma encontrada de não querer mais viver, o que os pacientes desejam é morrer com bem-estar, e diante da sua escolha, assumem os riscos, devendo sua autonomia ser respeitada, o conceito de morte digna “está atrelado à questão altruísta e humanitária de encarar o processo de morte, coadunando-se na maneira de se preservar o paciente terminal, proporcionando-lhe uma morte tranquila e humanizada, quando da não possibilidade de manutenção de sua vida, com dignidade”, (RIVA FREITAS; FREITAS; DANIELA ZILIO, 2016, versão on line).

A presença dos familiares e amigos próximos, também, são de grande importância na conduta pela morte digna, pois são eles que dão o suporte afetivo tão necessário para o paciente em terminalidade.

Para que se possa definir quais os procedimentos a serem ou não serem tomados em busca da morte digna, devem ser analisadas quais as medidas que seriam ordinárias e quais as que seriam extraordinárias.

---

<sup>29</sup> Diaulas Ribeiro vê como paradoxal a postura da sociedade que considera benevolente a interrupção da vida de um animal em sofrimento sem que ele nada diga, mas não permite a interrupção da dor proporcionada por uma doença incurável do homem que é plenamente capaz e autônomo, (2006).

As medidas ordinárias são aquelas habitualmente utilizadas, menos agressivas e dispendiosas, seriam cuidados básicos e medidas extraordinárias aquelas cujo uso é mais criterioso, arriscado, limitado e de alto custo, as duas se aplicam para os critérios permitidos da ortotanásia, o que deve ser sopesado é a influência de uma medida ou de outra para a manutenção de uma vida digna, e não apenas para prorrogar indefinidamente a sua morte (ADRIANO GODINHO,2016).

Para se aferir se deverão ser adotadas medidas ordinárias ou extraordinárias no paciente foi criado novo critério, se as medidas são proporcionais e desproporcionais, aqui sim, a avaliação deverá ser um pouco mais prudente, vez que medidas desproporcionais podem levar a distanásia.

É como se fosse um exercício de um juízo de adequação, a saber, dos princípios de beneficência e de não-maleficência, visto que as medidas proporcionais seriam aquelas que trazem mais benefícios do que malefícios ao paciente.

Enquanto desproporcionais seriam aquelas em que a perspectiva de benefício ao paciente é menor do que os males advindos da medida. Contudo, o enquadramento em cada categoria deverá ocorrer pela análise do caso concreto e do estado do paciente. Isto porque, uma medida considerada como desproporcional em certo paciente, poderá ser proporcional em outro (como por exemplo o uso de ventilação mecânica). De tal divisão surgiu a noção de tratamentos fúteis, que seriam tentativas desenfreadas de conter a morte a todo custo (ADRIANO GODINHO,2016).

Pellegrino (2019), enumera três critérios para aferir tratamentos médicos fúteis: a eficácia, o benefício e o ônus. A eficácia é um critério objetivo, verifica-se se o tratamento é capaz de alterar o histórico da doença ou sintoma, centra-se no bem médico e em dados que podem ser mensuráveis acerca do prognóstico e terapêutica. O benefício é critério subjetivo, pois o próprio paciente é quem avalia acerca do valor de determinado tratamento para si. E o ônus que se refere aos custos físicos, emocionais, econômicos ou sociais impostos ao paciente pelo tratamento, isto é, qual será o custo/benefício.

Nem a Constituição Federal, nem a legislação infraconstitucional estabelecem expressamente um tratamento jurídico a ortotanásia, no entanto, é possível o entendimento de que a referida medida paliativa para a terminalidade



seja lícita, como será disposto em capítulo posterior, por entanto, adiante apenas os projetos de lei e as tentativas de tonar evidente, de uma vez, por todas, a licitude da ortotanásia.

## **5 ATOS DE DISPOSIÇÃO DA VIDA: UMA VISÃO DA LEGISLAÇÃO ESTRANGEIRA**

Decidir sobre a morte perpassa, antes de ser uma questão individual, por uma questão política e legal. Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas têm a morte como próxima e o Estado tem o dever de auxiliá-los a tomarem certas decisões sobre o seu fim. Alguns Estados respeitam a autonomia do paciente em terminalidade quanto à forma de morrer, outros toleram algumas práticas, e outros criminalizam, assim é o ordenamento jurídico quem estabelece o que é considerado crime, o que é simplesmente descriminalizado e o que não é.

Muitos países têm criado leis específicas sobre as medidas de abreviação da vida, considerando que os enfermos têm o direito de decidir sobre continuar a viver diante de uma doença fora de possibilidades terapêuticas ou de limitações físicas que o impedem de viver dignamente, tornando o seu amanhecer insuportável, por isso se julga importante conhecer algumas experiências legislativas no direito estrangeiro e informar os critérios adotados para a prática de interrupção da vida legalizada através da morte assistida, enquanto maneira de interromper a vida de uma pessoa acometida de doença terminal, eutanásia e suicídio assistido, procurando observar, também, políticas em relação aos cuidados paliativos.

A pesquisa foi realizada com países que, de alguma forma, legalizaram ou despenalizaram as condutas de interrupção da vida, assim, contemplou cinco países do Continente Europeu, quatro que admitem a morte assistida, seja por eutanásia ou suicídio assistido: Holanda, Bélgica, Suíça. Luxemburgo é, um país cuja lei foi aprovada pelo Parlamento, mas necessita ainda da sanção do Presidente, Portugal; países na América do Norte: Canadá e alguns Estados dos Estados Unidos (Oregon, Washington, Montana, Vermont e Nova Jersey) e na América do Sul: Colômbia e o Uruguai.

### **5.1 NO CONTINENTE EUROPEU: HOLANDA, BÉLGICA, SUÍÇA, LUXEMBURGO E PORTUGAL**

A Holanda teve por muito tempo a eutanásia tolerada pela justiça, no caso do pedido realizado por paciente terminal, até que a lei relativa ao término da vida a pedido e o auxílio ao suicídio foi regularizada. Assim, a Holanda foi o primeiro país do mundo a legalizar a prática da eutanásia, afastando a incidência de dispositivos penais, desde que a morte assistida seja praticada estritamente e na forma dita a lei. A Lei WTL – Wet Toetsing Levensbeeindiging, Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido foi aprovada em 12 de abril de 2001, entrando em vigor em 2002, alterando os artigos 293 e 294 da Lei Criminal Holandesa (MÁRIO MOLINARI, 2018; ROBERTO ALBUQUERQUE, 2006; GEORGE LEITE, 2018).

As discussões mais fortes acerca do tema foram acuradas quando uma médica, Dra. Geertuida Postma foi condenada no ano de 1973 pela prática de eutanásia em favor de sua mãe, que lhe pedia reiteradamente que a filha desse um fim ao seu sofrimento ocasionado pela doença. Depois deste fato a jurisprudência passou a ser mais branda com casos semelhantes, gerando precedentes, até que fossem legislados dispositivos para que a eutanásia e o suicídio assistido pudessem acontecer sem punição do sujeito ativo que encerrou a vida de alguém, ou daquele que auxiliou no suicídio (MÁRIO MOLINARI, 2018).

Portanto, a Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido da Holanda somente se tornou possível pela consolidação do tema na jurisprudência da Suprema Corte Holandesa.

Para o direito holandês a eutanásia ativa ocorre quando o médico viabiliza o fim de vida a requerimento do paciente, a eutanásia passiva quando ocorre a interrupção do tratamento e o suicídio assistido quando o médico viabiliza medicamentos específicos para a morte do paciente (ROBERTO ALBUQUERQUE, 2006).

O Código Penal Holandês ainda continua criminalizando as condutas da eutanásia e do suicídio assistido, contudo não as torna puníveis se forem cometidas por médico, desde que satisfaça os requisitos informados na lei que trata sobre o fim da vida.

São requisitos para a prática da eutanásia ou do suicídio assistido na Holanda: solicitação do paciente devidamente informados pelo procedimento, provando que o pedido do paciente foi realizado sem qualquer tipo de pressão,

isto é, de forma voluntária e que a decisão foi bem refletida, devendo o seu desejo ser mantido por um lapso considerável de tempo. O paciente deverá ter consigo todas as informações acerca da moléstia, o médico deve ter ciência de que o sofrimento pelo qual o enfermo está passando é insuportável e sem perspectiva de abrandamento ou cura e ainda, que não há outra solução que seja razoável, bem como que o médico tenha consultado, pelo menos outro colega médico, que tenha analisado o paciente e emitido relatório por escrito sobre estar convencido da voluntariedade do paciente e que não existe nenhuma outra solução mais razoável (MARIA HELENA DINIZ, 2017; GEORGE LEITE, 2018).

No caso de descumprimento de algum dos requisitos supracitados, o médico poderá responder por crime, cuja pena poderá ser de até 3 anos para o suicídio assistido e até 12 anos de prisão pela prática de eutanásia, (GEORGE LEITE, 2018).

Observe-se que mesmo que o paciente clame pela eutanásia ou pelo suicídio assistido, não é dele a última palavra, quem define sobre a realização ou não do procedimento é o médico, que inclusive, deve consultar outro médico. Segundo Roberto Albuquerque (2006) somente cerca de 1/3 dos pedidos são aceitos. Durante a prática de eutanásia ou suicídio assistido o médico deverá ficar com o paciente até o seu momento final, garantindo que ele morra sem dor, sem sofrimento e com todo cuidado necessário.

Tendo em conta que quem decide pela interrupção da vida é o médico, embora a pedido do paciente, a alteração do Código Penal Holandês que torna a conduta não punível só se aplica, portanto, ao médico, e somente àquele médico que comunicar o fato as autoridades competentes. O fato deverá ser comunicado ao Instituto Médico Legal (IML), ao médico legista e ao Ministério Público (MP) e analisado pelas Comissões Regionais de Verificação do Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido.

Na Holanda é possível que os holandeses escrevam declarações informando como desejam ser submetidos a eutanásia, permitindo que possa ter eficácia mesmo quando não possuírem mais discernimento.

Na hipótese de doentes terminais que não tenham eutanásia agendada ou diretivas antecipadas de vontade escritas, e estejam inconscientes não será

permitida a realização de qualquer prática de morte assistida, salvo, se em extremo sofrimento, um médico tomar a decisão (GEORGE LEITE, 2018)

Segundo Roberto Albuquerque (2006) são três as modalidades de eutanásia em relação a idade: os maiores de 16 (dezesesseis) anos que não podem expressar sua vontade, mas a expressaram anteriormente quando encontravam-se plenamente capazes; os que têm entre 16(dezesesseis) e 18 (dezoito) anos que, com a participação e aprovação de seus representante, solicitaram a eutanásia e os maiores de 12 (doze) e menores de 16 (dezesesseis), desde que seus representantes tenham concordado com sua eutanásia.

A maior crítica que se faz à Lei relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido na Holanda é que ela deveria ter disposto sobre normas de proteção aos pacientes em relação, especialmente, a tratamentos paliativos e sua redução de custos, estabelecendo os cuidados que devem ser postos à disposição dos enfermos e não deixado à cargo de comissões ou departamentos hospitalares.

A Bélgica passou a disciplinar as intervenções na morte a partir de maio de 2002, após manifestação do Comitê Consultivo Nacional de Bioética. Logo que passou a vigor, a lei belga admitia a prática de eutanásia somente a maiores de 18 anos e, independentemente, do seu estado (em fase terminal ou não), em 2014, com as alterações que sofreu, a lei se tornou mais extensiva em relação a idade, pois passou permitir a eutanásia em menores sem limite de idade e mais restritiva em relação a motivação da interrupção da vida, destinada apenas a pacientes fora de condições terapêuticas (MÁRIO MOLINARI, 2018)

Os critérios da lei belga para a prática da eutanásia é que o paciente pode ser adulto ou menor desde que tenha discernimento e esteja ciente no momento de sua solicitação:

“— le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande; — la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure; — le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable; et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.”<sup>30</sup> (BELGICA, art 3º, § 1º, 2002).

<sup>30</sup> Tradução livre: - o paciente é um adulto ou um menor emancipado, capaz e consciente de hora do pedido; - o pedido é feito de forma voluntária, cuidadosa e repetido e que não resulta de

No caso da eutanásia, em adultos, a lei belga exige que os pacientes sejam maiores de 18(dezoito) anos ou emancipados, que preencham voluntariamente o pedido, que deverá ser voluntário e repetido, demonstrando equilíbrio, diante de um sofrimento físico ou mental insuportável, decorrente de uma doença grave e sem perspectiva de cura e ainda, que tenham consultado outro médico. O médico deverá apresentar ao paciente todas as informações possíveis, outras formas de tratamento, bem como cuidados paliativos a serem executados (FILIPA SILVA; RUI NUNES, 2015).

A legalização da eutanásia em crianças é o que provoca mais debate em relação aos termos da lei belga, os critérios determinados pela referida lei para a prática de eutanásia em crianças, independentemente da idade, são os seguintes segundo Filipa Silva e Rui Nunes (2015): capacidade de discernimento, doença fora de condições terapêuticas indicando morte em breve, solicitação por escrito da criança-paciente, consentimento dos representantes legais, responsabilidade do médico e disponibilidade de apoio psicológico a todos os envolvidos.

Estabelecer o que seja discernimento para uma criança é uma situação bastante complicada, tarefa concedida a uma equipe pediátrica multidisciplinar, que através de um psicólogo ou psiquiatra infantil atesta a maturidade do paciente para perceber a ação em toda a sua amplitude. No entanto, a lei belga não é afeita a realização da eutanásia em crianças em razão de sofrimento mental, apenas em situação de sofrimento físico.

Ao analisar a legislação belga entende-se que a intervenção na morte somente pode ser feita pelas mãos de um médico e, embora, o suicídio assistido não tenha sido expressamente disciplinado, segundo Mariana Castro el all (2016) os casos nos quais eles acontecem são reportados à Comissão Federal de Controle e Avaliação de Eutanásia e são tratados da mesma forma que a eutanásia.

---

pressão externa;- o paciente veio de uma situação médica sem esperança e fez sofrimento físico ou mental constante e insuportável que não pode ser aplacado e que resulta de uma afecção acidental ou patológico grave e incurável;e o que atende às condições e procedimentos prescritos para esta lei

paciente adulto ou menor emancipado, capaz ou mesmo menor de capacidade de discernimento e encontrar-se ciente no momento de sua solicitação.

Um detalhe que não se pode deixar de retratar é que, diferentemente, da Holanda, a Bélgica prima para que os pacientes tenham todos os cuidados paliativos, caso repensem a morte assistida. A crítica que se faz é em relação a impossibilidade da eutanásia ser praticada em crianças que não possuem ainda discernimento, pois o sofrimento da criança em razão de dores insuportáveis diante de doença fora de possibilidade terapêutica deve ser o mesmo a ser sentido pela maioria dos pais.

Em 22 de outubro de 2019 a atleta paraolímpica Marieke Vervoort morreu a pedido, em decorrência da prática de eutanásia na Bélgica. Ela era portadora de tetraplegia degenerativa que provocava, dores contumazes, convulsões e paralisia nos membros inferiores (AÉCIO PAULA, 2019).

Vervoort, que era adepta do budismo, afirmou ter obtido a autorização para decidir seu futuro em 2008, passando por vários laudos médicos. Fez críticas a países que discutem meios de interrupção a vida diante de condições excepcionais e fez a seguinte afirmação a um repórter da Folha de São Paulo:

Países como o Brasil devem conduzir um debate para que esse assunto não seja mais um tabu. A eutanásia não deve ser considerada um crime, mas algo que possa passar tranquilidade. Se não tivesse essa opção, eu não estaria aqui. Já teria cometido o suicídio (LUIS CURRO, 2016, versão on line)

A entrega do corpo de Vervoort à eutanásia permitiu que fosse ao tempo dela, quando não suportasse mais conviver com a dor e o sofrimento, uma vez que a doença foi descoberta quando ela possuía 14 (quatorze) anos, teve a autorização para prosseguir com a eutanásia aos 29(vinte e nove) anos e só efetivou o seu direito ao completar 40 (quarenta) anos.

Neste último dia 05 de março o Parlamento Belga votou uma lei que altera a lei sobre a eutanásia. A nova legislação questiona a liberdade de consciência de médicos e outros profissionais da saúde em relação a eutanásia, a partir de agora qualquer médico que se recusar a praticar a eutanásia, seja por motivos médicos ou por sua consciência, deverá informar ao paciente o contato de um centro ou associação especializada no direito de eutanásia e as diretivas antecipadas de vontade passam a ter prazo indeterminado, (Euthanasie..., 2020).

A legislação belga não é clara em relação ao suicídio assistido, apesar a descriminalização da eutanásia, o suicídio assistido ainda impõe um amplo

debate para que a legislação possa evoluir para que pessoas sem motivo de doença queiram fechar o livro de suas vidas.

Seguindo a Holanda e a Bélgica em março de 2009 a legislação de Luxemburgo, também, descriminalizou a eutanásia e o suicídio assistido sob certas condições.

Diferentemente dos países apresentados anteriormente, Holanda e Bélgica, a legislação de Luxemburgo não permite que a eutanásia e o suicídio assistidos sejam praticados em menores de 18 (dezoito) anos. Os critérios abrangem adultos capazes, portadores de doenças incuráveis, que provoquem dores constantes, que causem sofrimento físico ou psicológico insuportáveis e sem possibilidade de cura (MARIANACASTRO et al, 2016).

Em Luxemburgo para que o procedimento da morte assistida seja autorizado o paciente deverá escrever suas disposições de fim de vida, o que no Brasil, o Conselho Federal de Medicina denominou de Diretivas Antecipadas de Vontade, o documento deverá ser registrado e analisado perante a Comissão Nacional de Controle e Avaliação de Luxemburgo, que é a mesma que regulamenta as demais disposições sobre a morte assistida. Antes do procedimento é necessário que o médico consulte outro colega especialista e após, que em um prazo de 8 (oito) dias comunique a realização do processo à Comissão.

Nas disposições para o fim de vida, o paciente poderá registrar “as circunstâncias em que gostaria de se submeter à morte assistida, que é realizada por médico de confiança do requerente” (MARIANA CASTRO, 2016, versão on line). É possível que o pedido seja revogado pelo próprio paciente a qualquer tempo, o que fará com que a solicitação seja retirada do registro médico.

A mesma lei que trata sobre as diretrizes para o final da vida, no caso de morte assistida, é a mesma que promove, também, os cuidados paliativos e a diretivas antecipadas de vontade. Há diferença entre diretivas antecipadas, aquela que promove cuidados paliativos e suporte para o fim da vida e as disposições de fim da vida, na qual a pessoa registra as circunstâncias pelas quais deseja se submeter à morte assistida.

A Lei Luxemburguesa de 16 de março de 2009 repudia a obstinação terapêutica no seu art.2º, não prevê pena para quem não realiza ação de tratamento extraordinários no paciente em fase avançada de terminalidade



apenas para manter o corpo vivo, e consequentemente, não apoia exames e tratamentos inapropriados para as pessoas que estejam no final da vida, de acordo com os conhecimentos médicos atuais, que não melhoram o seu estado, que não possui mais esperança de cura (2009).

Em Luxemburgo o próprio governo distribui uma cartilha (em anexo) para que as pessoas possam compreender e realizar suas diretivas antecipadas ou disposições para o final da vida, auxilia as pessoas conscientes e os representantes das que não estão. A pessoa consciente deverá indicar uma pessoa de sua confiança para a tomada de decisões quando a incapacidade sobrevier, que deve ser uma pessoa que conheça as preferências, valores e crenças do assistido (LUXEMBURGO, 2019).

A Suíça, por sua vez, é único país do mundo que permite a realização do suicídio assistido por naturais e por estrangeiros não residentes no país, sendo tratada pela mídia como local de turismo da morte. Não sendo tolerado, no entanto, a eutanásia. Portanto, a eutanásia é crime, mas ajudar alguém na Suíça lúcido e capaz a morrer, por sua própria vontade, não.

Segundo Mariana Castro et al (2016) a lei Suíça não traz com clareza os critérios de conduta lícita ou ilícita. O Código Penal Suíço (1937) estabelece em seu artigo 115 que a pessoa que por motivos egoístas incita ou auxilia o suicídio será passível de pena de prisão, gerando uma interpretação da falta de penalidade para quem comete estes atos por motivos de compaixão e solidariedade, fazendo com que a Corte Federal reconhecesse o direito de morrer das pessoas.

Em 2016 existiam 6 (seis) instituições responsáveis pelos casos de suicídio assistido, cada qual tinha seus próprios critérios de seleção dos que solicitavam o procedimento, destas instituições 3 (três) eram restritas a assistência em pacientes fora de condições terapêuticas (MARIANA CASTRO et al, 2016).

As clínicas mais famosas que realizam, na Suíça, o procedimento do suicídio assistido são a Dignitas e Exit. A Dignitas foi fundada em 1998 por um advogado Ludwig Minelli, ela dá assistência tanto a suíços quanto a estrangeiros e a Exit, fundada em 1982, esta última atende apenas cidadãos suíços ou estrangeiros residentes no país (MARIA JÚLIA KOVÁCS, 2015). O custo não é barato, um brasileiro pagaria para morrer na Suíça segundo George

Leite ( 2018) o correspondente a mais ou menos 34.631, 36 ( trinta e quatro mil, seiscentos e trinta e um reais e trinta e seis centavos), fora custos com passagem, alimentação e estadia até o momento da internação na clínica.

Segundo Maria Júlia Kovács (2015, versão on line), o presidente da Exit, o médico cirurgião Jerome Sobel, afirmou que procuram a clínica “protestantes, católicos e judeus, que entendem que Deus lhes concede o poder de decisão sobre sua vida”.

A decisão sobre o final da vida na Suíça decorre de diretivas antecipadas de vontade que permitem informar, antecipadamente, as medidas médicas que o indivíduo aprova ou recusa, se houver súbita incapacidade. As diretivas quando realizadas devem ser acompanhadas um cartão que deve ser levado consigo (SUSANNE BRAUER, 2011)

Em relação à morte assistida na Suíça não ocorre apenas em estado de sofrimento, independe do motivo, basta considerar que já esgotou o seu tempo na terra, ser o pedido reiterado, bem como ser verificada a consciência da pessoa em relação ao ato que está prestes a praticar, como foi o caso do cientista australiano David Goodall.

David Goodall, morreu no dia 10(dez) de maio de 2018, aos 104 anos, lamentando o fato do seu país de origem encontrar-se atrasado em relação a Suíça, na questão sobre o direito de morrer. Goodall tinha 104 (cento e quarto) anos, e considerou que sua qualidade de vida já não condizia mais com o que ele gostaria. Entregou seu corpo à pesquisa e disse que esperava que sua morte ajudasse a aprovar leis similares a da Suíça em outros países (Cientista..., 2018).

Em razão da introdução da ventilação mecânica ficou difícil desligarem as máquinas na Suíça, o que causou situações insuportáveis para o paciente e sua equipe médica até que fosse reconhecido que a terapia inútil não era o melhor a se fazer para levar bem-estar e dignidade ao paciente, por isto a lei suíça não proíbe desligar os aparelhos que mantêm viva a pessoa, ao mesmo tempo não impede que os médicos aumentem a medicação para tratar a dor, mesmo precipitando a morte (ANTON VOS,2016).

Portugal, no dia 20 de fevereiro deste ano, acatou cinco projetos de lei que passam a considerar a eutanásia e o suicídio assistido legais. Os projetos foram apresentados por partidos distintos, mas em razão de conteúdo semelhante foram analisados em bloco e aprovada a eutanásia de maneira geral.

No entanto, a lei ainda não está em vigor, pois precisa da sanção do Presidente da República.

Em 2018 a Câmara portuguesa rejeitou a descriminalização da prática da eutanásia, por apenas cinco votos, desta vez, por conta do novo parlamento os defensores da morte assistida tiveram mais votos. Em uma pesquisa realizada pelo Instituto Universitário Egas Moniz, 50,5% dos portugueses são favoráveis à eutanásia, 25,6% são contra e os restantes 23,9% estão indecisos<sup>31</sup>, .

A jornalista, Giuliana Miranda, da Folha de São Paulo, teme a não aprovação pelo Presidente, porque ele é católico praticante, e suas medidas, preferencialmente são em favor da vida. Contudo, os parlamentares possuem votos suficientes para derrubar um possível veto, afirma (2020). Ademais, os opositores prometem levar o caso ao Tribunal Constitucional de Portugal. A Federação Portuguesa pela Vida pede um referendo sobre o tema.

A Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros portugueses sinalizaram pela desaprovação da legalização da morte assistida com base na deontologia médica, embora três dentre cinco médicos se manifestassem a favor da eutanásia (DEL BARRO, 2020). Ainda segundo o autor, algumas redes de hospitais particulares anunciaram que não praticarão a eutanásia nas suas unidades

A lei da eutanásia em Portugal, no caso de ser aprovada, possui os seguintes requisitos para a prática legal da morte assistida: pedidos reiterados do paciente e que este seja maior, capaz, lúcido, residente no país (podendo ser estrangeiro), acometido de doença ou lesão incurável e definitiva que lhe provoque sofrimento permanente e insuportável. O caso deverá ser avaliado, pelo menos, por dois médicos, sendo um especialista na enfermidade do requerente, e depois, por uma comissão de verificação de bioética.

A prática da distanásia em Portugal esteve em debate, a pergunta que se fez foi até quando prorrogar artificialmente a vida de um paciente

---

<sup>31</sup> A pesquisa foi realizada pelo Laboratório de Investigação em Psicologia (LabPSI) do Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), coordenada pelo Prof. Doutor Jorge Cardoso, sobre as atitudes face à eutanásia, em articulação com fatores de ordem psicológica. Foram entrevistados 1695 cidadãos portugueses, com idade igual ou superior a 18 anos, tendo a amostra sido recolhida em várias regiões de Portugal continental, durante os meses de dezembro de 2019 e janeiro de 2020(Simpósio..., 2020).

inconsciente? Segundo André Pereira (2012) a doutrina concorda num ponto: faz parte das boas práticas clínicas suspender o suporte artificial de vida quando o doente não tem hipótese de recuperação.

Há um consenso no sentido da proibição da distanásia. Assim, quando o tratamento é considerado inútil ou desproporcionado é boa prática clínica a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento. Se estamos perante um doente terminal, espera-se o recurso a uma medicina paliativa, admitindo-se a utilização de fármacos que visem minorar a dor e dar conforto ao paciente, (ANDRÉ PEREIRA, 2017, versão on line).

Portugal possui um registro nacional de testamento vital (RENTEV), no qual a pessoa realiza suas diretivas antecipadas de vontade, que são realizadas quando as equipas médicas necessitam tomar uma decisão, a mesma legislação do RENTEV regula as diretivas antecipadas de vontade, sob a forma de testamento vital ou por nomeação de procurador de cuidados de saúde (PORTUGAL, Lei n.º 25/2012).

A obstinação terapêutica deve ser evitada, conforme o artigo 58 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos de Portugal, somente devem ser utilizadas novas terapêuticas ou novas técnicas cirúrgicas se forem apresentadas razoáveis possibilidades de cura ou bem-estar físico e moral do paciente, sem que lhe seja imposto sofrimento ou encargos desnecessários ou desproporcionais (ORDEM DOS MÉDICOS, 2009).

## 5.2 AMÉRICA DO NORTE: CANADÁ E ESTADOS UNIDOS

No Canadá há a devida permissão legislativa, em casos concretos, para a suspensão de tratamento, desde que com a devida permissão do doente ou de seu representante legal, bem como houve a descriminalização da eutanásia e do suicídio assistido.

Foi em 2015 após os casos de Kay Carter e Faria Taylor que finalmente o Canadá suspendeu a proibição de eutanásia e, também, do suicídio assistido. Foram 6 (seis) anos de debates na Suprema Corte. A implantação junto ao governo federal e provincial, com a preparação de médicos e profissionais da saúde para fazer valer a nova lei, se deu com pouco mais de um ano após sua publicação. Cada província durante aquele prazo poderia fixar suas próprias

diretrizes, não o fazendo, a atividade além de ser considerada legal o médico possui total liberdade para definir sua conduta (MARIANA CASTRO, 2016).

Em junho de 2016 o Parlamento canadense aprovou a lei federal que passou a permitir a assistência médica para morrer, cujos requisitos são: elegibilidade para receber os serviços de saúde financiados pelo governo federal (geralmente os visitantes não possuem esta condição), ter idade mínima de 18 anos, higidez mental para tomar decisões sobre si mesmo, ter problema de saúde grave e incurável, solicitar de forma autônoma e apresentar consentimento informado para receber a assistência médica para morrer (CANADÁ, 2020).

A primeira província a regulamentar a morte assistida foi Quebec, ainda em 2015 cujos critérios determinantes são: “adultos capazes, diagnosticados com doenças graves e incuráveis, declínio avançado e irreversível de suas capacidades, além de intenso sofrimento físico e psicológico” (MARIANA CASTRO et al, 2016, versão on line).

Outras províncias, também, se mobilizaram, a província de Ontário, em 2016, publicou através do Colégio de Médicos e Cirurgiões as “Diretrizes provisórias sobre morte assistida” (*Interim Guidance on Physician-Assisted Death*), neste documento ficou definido as situações de cabimento da eutanásia e do suicídio assistido (MARIANA CASTRO et al, 2016).

A administração do medicamento na morte assistida no Canadá somente poderá ser realizada por um médico após a solicitação do paciente, ou por um profissional da enfermagem, nas províncias que permitirem, no qual não são obrigados a realizar as práticas se suas crenças ou consciência não permite.

O melhor seria era que existisse uma uniformidade legislativa no Canadá para que seus naturais não precisassem ficar transitando de província em província buscando aquela que mais assegure seus interesses.

Nos Estados Unidos, cada Estado da Federação possui sua própria autonomia, guiados por uma Constituição comum, no entanto há um conserto de não empregar tratamentos que sustentem a vida de pacientes em EVP, a busca é pela autonomia do paciente e pela proteção da dignidade a pacientes sem julgamento, cujo prolongamento da vida é impróprio. A maioria dos Estados Americanos reconhece as diretivas antecipadas de vontade, sob forma de testamento de vida ou procuração.

Por outro lado, no caso do paciente não ter feito suas diretivas e encontrar-se inconsciente há uma difícil situação a lidar, é questão controversa nos Estados Unidos, muito debatida pela justiça americana, emocionalmente dolorosa e financeiramente custosa para os familiares o prolongamento da vida sem perspectiva de cura afirma Léo Pessini (2001). A eutanásia não é permitida em nenhum dos seus Estados, mas o suicídio assistido é legalizado nos Estados de Oregon, Washington, Montana, Vermont e Nova Jersey.

O primeiro Estado a permitir o suicídio assistido foi Oregon, em 1997, por meio do chamado “Death with Dignity Act” (Ato de morte com dignidade), os critérios para que a prática pudesse ser exercida sem punição era que o paciente tivesse mais que 18 (dezoito) anos, fosse lúcido e capaz, que residisse em Oregon que estivesse em fase de terminalidade com expectativa de vida menor que 6 (seis) meses e esta condição fosse atestada por pelo menos dois médicos (MÁRIO MOLINARI, 2014; MARIANA CASTRO ET ALL, 2016).

Segundo Mariana Castro et al (2016, versão on line) 1.327 (um mil trezentos e vinte e sete pessoas) receberam a medicação letal em Oregon, 859 (oitocentos e cinquenta e nove) morreram após terem se auto administrado a referida medicação, destas “ 52,7% eram homens, na faixa etária predominante entre 65 e 74 anos, com ensino superior completo ou pós-graduação (45,9%). Em 78% dos indivíduos, a doença era câncer, seguida por esclerose lateral amiotrófica (ELA) em 8,3%”. Ainda conforme os autores a 94,6 % dos pacientes morreu em casa, recebendo todos os cuidados paliativos.

Interessante ressaltar que as inquietações mais presentes entre os pacientes eram: a perda da autonomia, perda da capacidade de participar de atividades que tornam a vida agradável e perda da dignidade (MARIANA CASTRO et al, 2016)

Em março de 2009, via referendo popular, assim como foi o caso do estado de Oregon, o Estado de Washington, também, legalizou a morte assistida. Os critérios estabelecidos para o suicídio assistido foram basicamente os mesmos de Oregon: adulto capaz, lúcido, residente em Washington, com expectativa de vida de mais ou menos seis meses, requerer a autoadministração por um médico. Até nas estatísticas os dados são parecidos, “entre as mortes, maior incidência de homens, entre 65 e 74 anos, com alta escolaridade. A

doença de base predominante também era câncer, seguido de doenças neurodegenerativas (MARIANA CASTRO et al, 2016).

No Estado de Montana o suicídio assistido foi autorizado em razão de caso real julgado na Suprema Corte, em 2009, suprimindo lacunas na legislação. O paciente era Robert Baxter, que aos 76 (setenta e seis) anos estava acometido de leucemia linfocítica e requereu uma morte digna. Conforme a Suprema Corte para que a morte assistida possa ocorrer com proteção da lei, os pacientes devem se encontrar fora de condições terapêuticas, requerer a medicação letal, serem adultos e terem higidez mental (MARIANA CASTRO et al, 2016).

A lei que legalizou o suicídio assistido em Vermont passou a vigorar em 2016, contendo na sua essência idênticos requisitos da Lei de Oregon, com exceção, segundo Mário Molinari (2014), o fato da lei estabelecer como requisito um período de espera de 17 (dezessete) dias, entre o pedido e a ingestão da medicação letal.

No Estado de Nova Jersey chegou o seguinte caso à sua Suprema Corte: o pai havia solicitado desligar o aparelho (respirador artificial) que mantinha viva a filha Karen Ann, esta teve uma parada cardíaca em decorrência de uma overdose de droga e álcool e entrou em coma, o diagnóstico era que ele ficaria em estado vegetativo persistente. A Corte Suprema estabeleceu que aquele era um interesse privado, no qual o Estado não poderia superar, tendo em vista que os médicos não indicavam qualquer possibilidade de cura (DIAS, 2012).

No entanto somente em julho de 2019 a lei que permite que pacientes terminais optem por continuar vivendo ou não foi aprovada, legalizando o suicídio assistido no Estado, cujas condições são capacidade mental, passar por avaliação multidisciplinar de psicólogos e psiquiatras, assinar o requerimento (VICTORIA MATSOMOTO, 2019).

A distanásia nos Estados Unidos é denominada de tratamento fútil e em geral, é destinada a uma equipe de cuidados paliativos para informações e para auxílio até o final da vida do paciente em terminalidade, promovendo ao paciente a sua família maior conforto físico, emocional e espiritual. É defendido o direito de voz do paciente, do controle de quem está morrendo na realização de suas decisões conforme as informações prestadas pela equipe médica, no

que concerne a técnicas e terapias ordinárias e extraordinárias (RACHEL MENEZES,2010).

### 5.3 AMÉRICA DO SUL: COLÔMBIA E URUGUAI

Na Colômbia em 2014 foi aprovada a Lei n.º 1.733 que tinha como objeto os cuidados paliativos para os paciente com enfermidades terminais, crônicas, degenerativas e irreversíveis (COLOMBIA, 2014), no entanto, havia uma luta pela eutanásia até então não conquistada.

“Yo tan viejo que estoy y me dan 135ntelig que me desesperan que no sé qué hacer. Esto no es digno (...) No aguanto ni quiero más cosas, no quiero más tortura”.<sup>32</sup> Esta é a fala de Ovidio González Correa, quando ocorreu a primeira tentativa de eutanásia, que foi frustrada em razão de um embaraço administrativo (No aguanto..., 2015, versão on line).

O colombiano Ovidio Correa foi a primeira pessoa que se submeteu a eutanásia na Colômbia. Ele era acometido de um câncer na boca, que deformou o seu rosto e que as dores dele decorrentes não eram silenciadas mais por medicamentos.

A eutanásia foi descriminalizada na Colômbia pelo Tribunal Constitucional em 1997, no entanto somente no ano de 2015 foi devidamente legalizada, ficando a cargo do Ministério da Saúde a definição dos seus pré-requisitos (MARIANA CASTRO et al, 2016).

Para Mariana Castro et all (2016) os elementos necessários para que a prática da eutanásia possa ocorrer na Colômbia são os seguintes: requerimento pelo próprio paciente, que deverá ser natural do país, encontrar-se consciente para requisitar a morte assistida; autorização e supervisão de um médico, de um advogado e um psiquiatra ou psicólogo.

Por oportunidade do VIII Congresso de Direito Médico do Conselho Federal de Medicina (CFM), em setembro de 2018, em Brasília, a advogada colombiana, Luz Adriana González Correa, proferiu em palestra que a luta de Ovidio Correia pela eutanásia chamou as autoridades e população colombiana

---

<sup>3232</sup>“ Eu estou tão velho e sinto dores que me desesperam, que não sei o que fazer. Isto não é digno(...) Não aguento, não quero mais coisas, não quero mais tortura”.



ao debate, e principalmente, trouxe uma novo olhar para os médicos, que precisam compreender que “A vida não é um direito absoluto, e nesse sentido as sentenças da Corte colombiana e os médicos acabaram entendendo que o paciente tem capacidade de decidir que quando sua vida está em sofrimento, a ele merece a escolha do morrer” (Advogada..., 2018, versão on line).

O Ministério da Saúde da Colômbia, no ano de 2018, através de resolução estabeleceu os critérios e procedimentos para a realização da eutanásia, também, em crianças e adolescentes, desde que em situações fora de possibilidades terapêuticas e com sofrimento contumaz, que não possa ser abrandado. O consentimento do paciente deverá ser inequívoco, por isso os menores de 6 (seis) anos e os deficientes mentais ou que não tiverem higidez mental para entender o ato, ficaram excluídos (Advogada..., 2018, versão on line).

As crianças e adolescentes entre 6 (seis) e 12 (doze) anos que desejarem praticar a eutanásia, desde que preenchidos os requisitos supracitados, poderão em casos excepcionais; entre 12 e 14, a autonomia do menor ficou garantida, a partir do consentimento, também, de seus pais. Completados os 14 (quatorze) anos, atendidos os requisitos, somente a vontade da pessoa deverá ser considerada (Advogada..., 2018, versão on line).

Muitos colombianos aguardam pela legalização da eutanásia através do pedido dos pais ou responsáveis, em crianças abaixo de 6 (seis) anos e em pacientes que não possuem mais o discernimento, especialmente, para aqueles que encontram-se em estado vegetativo persistente.

No Uruguai, embora o Código Penal do Uruguai- CPU de 1934 não tenha trazido em sua essência expressamente a permissão para a eutanásia, desde da vigência do referido Código os juízes não punem quem retirou a vida de outrem por motivo altruístico.

Mário Molinari( 2018) afirma que o Uruguai foi o primeiro país a permitir a prática da eutanásia, pois desde 1934 o Código Penal Uruguaio (CPU) isenta de pena àqueles que tiraram a vida de alguém por compaixão, é o chamado homicídio piedoso, ou a prática da eutanásia, por conter todas as características a ela relativa. Reza o artigo 37 do CPU: (Del homicidio piadoso). Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables,

autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima” (1934)<sup>33</sup>.

Para que a conduta do autor da prática eutanásica não configure crime são analisados três condutas de acordo com o artigo 37 do CPU: ter antecedentes honráveis, perfeitamente comprovável por uma ficha de antecedentes criminais; ter realizado a prática do ato por piedade em razão do sofrimento da vítima e a vítima ter solicitado para que o autor lhe retirasse a vida mais de uma vez.

Em relação ao suicídio assistido a visão dos juízes é diferente da exposta acima, porque o CPU é claro na tipificação do suicídio assistido, conforme pode-se observar em seu artigo 315:

(Determinación o ayuda al suicidio). El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría. Este máximo puede ser sobrepajado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes, (1934).<sup>34</sup>

A lei uruguaia não dá margem para interpretação em favor daquele que auxilia no suicídio, seja ou não por razões piedosas. Destaca-se que a legislação uruguaia tipifica como crime a prática de homicídio, embora em fase terminal, sem que seja demonstrado que o motivo foi o de compaixão, comete crime.

No que se refere a ortotanásia a Lei n.º 18.473, de 2009 já estabelecia que toda pessoa maior, em boa condição física e psíquica, tinha o direito de se opor a tratamentos ou procedimentos médicos, salvo se esta condição viesse afetar a saúde de terceiros. Portanto no Uruguai, se o paciente não tiver expressado sua vontade e encontrar-se em situação de doença terminal e sem possibilidade de julgamento, a suspensão de tratamentos ou procedimentos será uma decisão do cônjuge ou companheiro ou, na sua falta, de familiar de primeiro grau consanguíneo, devendo o médico, em todos os caso, informar ao Comité de Bioética da Instituição (URUGUAY, 2009).

<sup>33</sup> Art. 37. Do homicídio piedoso. Os juízes têm a faculdade de isentar da punição o sujeito que tenha antecedentes horáveis, autor de um homicídio, efetuado por motivos de piedade, através de súplicas reiteradas da vítima.

<sup>34</sup> Art. 315: Determinação ou auxílio ao suicídio: Aquele que determina o outro ao suicídio ou o ajudar a cometer, se ocorrer a morte, será punido com seis meses de prisão a seis anos de penitenciaría. Este máximo pode ser excedido até o limite de doze anos, quando a infração é cometida em relação a uma criança com menos de dezoito anos de idade, ou uma pessoa de inteligência ou vontade debilitada por doença mental ou abuso de álcool ou uso de narcóticos.

## 6 AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE TERMINAL

Qual o interesse deverá ser prevalente quando o indivíduo estiver em estado fora de possibilidades terapêuticas, o de manter a vida a qualquer custo, ou assegurar que ela seja confortável enquanto dure? Quem tomará estas decisões? Através de qual documento?

Os notáveis avanços da Medicina prolongam mais a vida humana, mas não impedem que os pacientes com doenças graves agonizem no leito de morte por longo período sem que se possa reverter seu quadro clínico, especialmente, porque acredita-se que se está salvando vidas e até porque o que se vende para a sociedade pelos hospitais é que em razão da tecnologia tudo é possível para driblar a morte, afinal é através do exercício da atividade médica que se prolonga a vida.

Em situações limite, tanto médicos como pacientes e os demais que sejam chamados a opinar no caso – inclusive juízes - devem considerar as regras jurídicas a serem aplicadas no caso concreto, bem como as vontades mais íntimas do ser humano (RENATO SERTÃ, 2005). E como saber até onde esta autodeterminação deve se tornar efetiva?

Inicialmente é preciso que se apresente e caracterize as diretivas antecipadas de vontade no Brasil, o testamento vital e o mandato duradouro e depois que se possa analisar quem é capaz de dispor de vontades para tratamento, procedimento ou constituir mandatários para tal feito.

Portanto, para que se tenha uma morte digna se faz necessário dispor de autonomia, porque é através da autonomia da vontade que o princípio da dignidade e seus princípios gravitadores tornam-se mais eficazes na atuação nos casos concretos, tendo a tarefa de distinguir a autonomia da vontade da autonomia privada, e nestas possibilitar autodeterminação quanto a direitos de patrimoniais e direitos de existência, chamando a atenção para que se possa perceber que nem toda pessoa que representa civilmente alguém em seus direitos de propriedade deverá ser o mesmo que o represente nos seus direitos mais íntimos, especialmente, os que dispõem sobre o seu modo de viver.

Certo que é necessário que se possa reconhecer aqueles pacientes em terminalidade mentalmente capazes, bem como identificar os que precisam de

representação, por isso destacou-se a autonomia do paciente terminal vulnerável: crianças, adolescentes, idoso e pessoas com deficiência.

O reconhecimento jurídico da autonomia da vontade de qualquer pessoa é comandado no direito brasileiro pelo Direito Civil, que estabelece a capacidade de direito, como aptidão para adquirir direitos e contrair deveres e de fato, quando uma pessoa possui a plena possibilidade de execução de seus próprios atos dirigindo a sua existência e suas relações jurídicas.

## 6.1 DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: TESTAMENTO VITAL E MANDATO DURADOURO

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs)<sup>35</sup> fazem parte de documentos pelos quais as pessoas lúcidas e capazes podem projetar sobre os tratamentos a serem realizados em si, sobre o seu próprio corpo e saúde, não necessariamente sobre sua terminalidade, no entanto, é sim possível tratar sobre um final de vida digno, se posicionando acerca de tratamentos, intervenções, que deseja ou não ser submetida, quando não tiver mais possibilidade de exprimir sua vontade.

Para Peter Lack e Nikola Biller-Andorno (2014) o objetivo das diretivas antecipadas de vontade é permitir que pessoas autônomas registrem os cuidados com a sua saúde, para quando não se tiver mais capacidade de autodeterminação, são decisões destinadas ao futuro e vinculadas à expressão de vontade o mais específico possível, evitando sofrimentos desnecessários.

Através das diretivas antecipadas de vontade é possível fazer cumprir a vontade da pessoa para que ela possa ter uma morte digna, sem ser um estorvo, facilitando o atuar da família e do médico na hora de conduzir tratamentos que se julgue inúteis.

De nenhuma maneira a morte digna pelas DAVs se contrapõe a conduta médica que deverá ser realizada quando este profissional julgar ferir o seu próprio Código de Ética Médica, uma vez que, como anteriormente disposto a

---

<sup>35</sup> O primeiro a falar em diretivas antecipadas de vontade foi o advogado norte-americano Luiz Kutner, em 1969, em um trabalho que tratava sobre uma proposta da eutanásia através de um testamento vital: "Due process of euthanasia: the living will, a proposal" ( RENATA MONTEIRO; ALUÍSIO SILVA JÚNIOR, 2019).

Resolução n.º 1995/2012, ao mesmo tempo que impõe ao médico levar em consideração as DAVs do paciente sobre qualquer outro parecer que não seja médico, determina, também, que deverá deixar de levar em conta as DAVs se a partir de sua análise, ela encontrar-se fora dos limites dos preceitos dispostos pelo CEM.

O testamento vital (living will) e o mandato duradouro (*durable power of attorney for health care* – DPAHC) são espécies, as quais as diretivas antecipadas de vontade, é o gênero.

O testamento vital consiste em um documento assinado tratando dos direcionamentos de procedimentos e condutas que devem ser utilizadas nos últimos dias de vida da pessoa. Erroneamente denominado de testamento, pois para o direito brasileiro, testamento é um negócio jurídico, documento que se confecciona para que sejam dispostas vontade em relação a patrimônio e outros direitos (patrimoniais ou não), para depois da morte. Adiante abordar-se-á o mandato duradouro, no entanto, a partir de agora será tratado a Diretiva Antecipada de Vontade no seu sentido restrito, de forma a denominar DAV ou Declaração Prévia de Vontade-DPV, o testamento vital.

Desde que o Conselho Federal de Medicina passou a reconhecer a legitimidade das DAVs através da Resolução n.º 1995/2012, os médicos passam a se sentir respaldados em suas condutas para fazer valer a escolha do paciente ou de seu representante legal acerca dos procedimentos e tratamentos médicos em um estado de terminalidade, uma vez que, presumivelmente, exime o médico de possíveis ações judiciais com pedido de condenação por atos de responsabilidade civil. No entanto, a conduta paternalista ainda não foi totalmente erradicada:

Temos posição contrária à preponderância, em nosso meio, da utilização de condutas paternalistas que muitas vezes não têm nada de paternalistas, não ocorrem no interesse da pessoa assistida, mas são fruto do autoritarismo de nossa sociedade, expresso nas relações do sistema de saúde. Entendemos que em situações em que a autonomia está reduzida devam prevalecer os princípios da beneficência e da não-maleficência, pois a pessoa não tem condições de manifestar livre e esclarecidamente sua vontade autônoma (DANIEL MUÑOZ; PAULO FORTES, 2020)

De acordo com o § 4º da Resolução do CFM n.º 1995/2015 as DAVs podem ser comunicadas diretamente ao médico pelo paciente, deixando crer que elas podem ser feitas oralmente.

“As DAV constituem documento escrito por pessoa lúcida, em pleno exercício de suas capacidades, orientada e consciente das decisões que estão sendo tomadas e de seus desdobramentos” dizem Renata Monteiro e Aluísio Silva Júnior (2019, versão on line). Contudo, a doutrina, tem apresentado como requisito das diretivas antecipadas de vontade um documento escrito, assinado por pessoa em gozo de suas capacidades.

De acordo com o Enunciado n.º 37, aprovado na I Jornada de Direito de Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em maio de 2014, em São Paulo, as DAVs devem ser, de preferência escritas e, se particular, na presença de duas testemunhas.

As diretivas ou declarações antecipadas de vontade, que especificam os tratamentos médicos que o declarante deseja ou não se submeter quando incapacitado de expressar-se autonomamente, devem ser feitas preferencialmente por escrito, por instrumento particular, com duas testemunhas, ou público, sem prejuízo de outras formas inequívocas de manifestação admitidas em direito (CNJ, 2014).

O conteúdo das DAVs, além dos tratamentos e procedimentos que deseja receber no final da vida quando não tiver mais condições de expressar sua vontade, a pessoa do paciente poderá se opor a aplicação de tratamentos e procedimentos médicos que prolonguem sua vida a qualquer custo, preservando a sua qualidade de vida, e confirmando o exercício de sua autonomia de vontade privada e o direito à dignidade.

Não se trata de ação ou omissão que antecipem a data da morte, até porque no Brasil não é permitida a eutanásia, mas que seja possível que se deixe a morte fluir naturalmente ou que prorrogue, tudo previamente informado, ou na forma em que o paciente em estado terminal confiar ao seu representante. A vontade que prevalece é a manifestada anteriormente, ou no momento, desde que o paciente esteja em plena higidez mental.

Ter se oportunizado escrever as DAVs é importante não só para quem está fora de possibilidades terapêuticas atuais, mas também, para aqueles que encontram-se com doenças crônicas ou mesmo sem qualquer tipo de enfermidade, uma vez que a qualquer momento o inevitável pode acontecer juntamente com a perda da capacidade de exprimir sua vontade.

Em pesquisas nos Estados Unidos verificou-se que menos de um terço dos norte-americanos não haviam confeccionado nenhuma diretiva antecipada de vontade, no entanto o desejo de tê-las feito é de 75% (setenta e cinco por

cento). A conclusão é que há uma subutilização do *living will* após uma grande luta pela conquista dos norte-americanos pelo direito à autodeterminação da pessoa, garantindo que sejam realizadas as suas preferências em seus momentos finais (DADALTO, 2015)<sup>36</sup>.

As causas da não utilização do testamento vital pelas pessoas, embora desejem fazê-lo são apontadas como: falta de interação entre médico-paciente, falta de conhecimento do próprio testamento vital como dos tipos de tratamento e as suas nomenclaturas, dificuldade de expor seus desejos em um documento, especialmente, sem o auxílio de um especialista.

Para driblar a falência do testamento vital nos Estados Unidos, foi criado um programa denominado Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)<sup>37</sup>, um documento no qual a vontade do paciente é manifestada através de um formulário, este é colorido e documenta os pedidos relacionados às preferências de tratamento, de forma a individualizar os tratamentos paliativos que cada paciente se sujeita, permitindo um planejamento antecipado pelo hospital. Segundo Susan Hickman et al (2009), o POLST é dividido em cinco sessões:

1. Section A: CPR orders (Resuscitate or DNR); 2. Section B: medical interventions orders (Comfort Care Only, Limited Additional Interventions, Full Treatment); 3. Section C: antibiotics orders (None; Limited Use, Full Treatment); 4. Section D: medically administered nutrition or hydration orders (None, Defined Trial, Long-term Use); 5. Section E: who the form was discussed with, summary of medical conditions/basis for the orders, and physician or nurse practitioner's dated signature.<sup>38</sup>

<sup>36</sup>. Os estudos foram realizados e revisados no período de 2011 a 2016, cujo objetivo era determinar a proporção de adultos nos EUA que haviam realizado seu testamento vital completo, procuração de assistência médica ou ambos para que fossem reavaliadas políticas públicas condizentes para um maior registro das DAVs, dentre elas a simplificação das DAVs e um conteúdo e formato que apresentem melhor os problemas do paciente, bem como possibilidade de custos, seus objetivos e preferências. Participaram da “pesquisa 795.909 pessoas nos 150 estudos analisados, 36,7% haviam concluído uma diretiva antecipada, incluindo 29,3% com testamentos em vida. Essas proporções foram semelhantes ao longo dos anos revisados. Proporções semelhantes de pacientes com doenças crônicas (38,2 por cento) e adultos saudáveis (32. 7%) haviam completado diretrizes antecipadas” (Kuldeep Yadav et al, 2017).

<sup>37</sup> Ordens médicas de tratamento para manutenção da vida

<sup>38</sup> 1.Seção A: Intervenções adicionais limitadas, tratamento completo); 2. Seção B: ordens de intervenção médica (Comfort Care Intervenções adicionais limitadas, tratamento completo); 3. Seção C: ordens de antibióticos (nenhuma; uso limitado, tratamento); 4. Seção D: nutrição ou hidratação medicamente administrada pedidos (Nenhum, Avaliação Definida, Uso a longo prazo); 5. Seção E: com quem o formulário foi discutido, resumo das condições médicas / base para os pedidos e médico ou assinatura datada do enfermeiro.

No Brasil, assim, como o testamento civil, a declaração prévia de vontade para o final da vida é unilateral (não se faz necessário o consentimento de outra parte para a sua validade, a vontade deve ser livre e soberana), é personalíssimo (no sentido que a vontade deve ser exclusiva do testador), formal (devendo ser expressa, de acordo com as disposições aplicadas a cada tipo de testamento) gratuito e revogável a qualquer tempo. A revogabilidade pode ser de alteração da DAV feita anteriormente, no sentido de realizar outras DAVs, permitindo ou excluindo procedimentos, ou simplesmente excluí-la por completo.

A revogabilidade é uma das características de importância impar às diretivas antecipadas de vontade, tendo em conta que os procedimentos tecnológicos na medicina evoluem a cada dia, o que atualmente pode ser considerado um tratamento inútil, mais adiante pode não sê-lo e ademais, além do que não se pode esquecer das mutações que ocorrem física e psíquica com o próprio indivíduo, podendo rever para si mesmo o que seja impróprio.

Alguns países, em virtude dos avanços tecnológicos, que possibilitam curas de doenças antes incuráveis, adotam prazo de validade do testamento vital. Em Portugal, por exemplo, o prazo de eficácia do testamento vital é de 5 (cinco) anos, a começar da sua assinatura (Lei n.º 25/2012).

No que se refere a capacidade para realização das diretivas antecipadas de vontade, deve-se dizer que o testamento civil poderá ser realizado a partir dos 16 (dezesseis) anos, quanto as DAVs, a doutrina tem entendido que somente a partir de sua capacidade jurídica plena, isto é, a combinação de dois fatores: a pessoa ser maior de 18 (dezoito) anos e ter higidez mental.

Diferentemente, do testamento civil brasileiro, quando seus efeitos deverão ocorrer depois da morte, as diretivas antecipadas de vontade, formalizadas pelo testamento vital deverão ser aplicadas antes da morte.

Não há ainda no Brasil nenhuma legislação que contemple a declaração prévia de vontade para o final da vida, o que dificulta muito uma uniformidade quanto às instruções do procedimento, no entanto, encontra-se em tramitação no Legislativo o Projeto de Lei n.º 5559/2016, atualmente na Câmara dos Deputados aguardando Parecer do Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

O referido Projeto de Lei trata sobre os direitos do paciente quando encontram-se aos cuidados dos profissionais da saúde, sob a prestação dos



serviços de saúde públicos ou privados, assegurando dentre outros direitos: o de ser informado sobre sua real condição de saúde, os possíveis tratamentos, bem como seus riscos, e do poder de participar da condução sobre os cuidados com sua saúde, inclusive, ouvindo e sendo ouvido no aspecto terapêutico, devendo ser respeitado seu consentimento informado, desde que seja livre, e principalmente, é direito do paciente, segundo o referido Projeto: o de “ter as suas diretivas antecipadas de vontade respeitadas pela família e pelos profissionais de saúde”, ( CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016).

Para Aluer Freire Júnior e Andréia Amigo (2017) a diretiva antecipada de vontade deverá, além da formalidade de ser escrita, ser registrada em cartório competente. Entretanto, mais uma vez, fazendo analogia ao testamento civil, há um tipo de testamento, o particular, que desde que seja realizado pelo próprio testador e lido na presença de três testemunhas, não há necessidade de protocolá-lo em cartório.

No direito brasileiro, portanto o testamento pode ser público ou privado, desde que se cumpra as prescrições a cada um deles referentes. As DAV, assim como o testamento civil, antes que seja legalizado, poderá se público ou privado, isto é, registrado em cartório, se público, no entanto, sem necessidade de testemunhas, diferentemente do que determina o testamento civil (público e cerrado, duas testemunhas).

No caso das DAVs serem de natureza privada, o ideal é que seja assinado por testemunhas, a fim de que o maior número de pessoas se adiantem para efetuarem seu cumprimento, porém, sem que haja previsão legal, o número de testemunhas ou sua existência não são elementos para impedimento de eficácia da tal documento.

Crê-se que o procedimento das DAVs deve ser facilitado nos próprios hospitais no momento da internação e não burocratizado. É claro que o registro em cartório se reveste de fé pública, e, com certeza, diante de uma ação judicializada, mais rápido de ser acolhido em face da sua forma e dos cuidados perseguidos. Entretanto, o que se busca é a agilidade e efetivação, o que nem sempre poderá ter em um documento apenas por encontrar-se registrado em um cartório, muito mais fácil de ser efetivado se estiver no prontuário do paciente, como dispõe a Resolução do CFM n.º1995/2012.

Luciana Dadalto (2015), no entanto, defende a forma pública das DAVs, a obrigatoriedade da lavratura do testamento vital junto ao notário, baseada na segurança jurídica, recomendando a criação de um banco nacional de declarações de vontade para o final da vida, para que possa ser consultado em qualquer época e lugar, promovendo sua efetividade. O declarante registra no cartório de sua escolha as DAVs, e o cartório, em certo prazo, encaminha o testamento vital para o cadastro nacional unificado.

Enquanto não há uma legislação acerca do tema, recomenda-se que o titular das DAVs, seja o documento registrado em cartório ou não, deve se cercar de cuidados para a sua efetivação, depositando suas DAVs no próprio hospital, no início ou durante sua internação, publicizando-a junto a parentes e até com os profissionais da saúde do próprio hospital, a ideia que sua vontade seja conhecida e inequívoca.

Para o CFM, na sua Resolução de 2012, as DAVs são “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (BRASIL, CFM, Resolução n.º 1995/2012). A referida Resolução não se atém a idade do paciente, apenas que deve ser levado em consideração sua autonomia.

O princípio da autodeterminação, tido como a possibilidade de se autogovernar, do paciente está presente como forma de estabelecer o limite para validade ou não das DAVs. Para Luciana Dadalto (2015) não deve ser estabelecido limite de idade, ou ter como requisito a capacidade civil de fato (maior de 18 anos e saúde mental). O que deverá habilitar as pessoas para a confecção das suas diretivas antecipadas de vontade é o discernimento<sup>39</sup>, este sim deve ser o requisito necessário para a elaboração e validade do testamento vital.

Luciana Dadalto (2015) defende a flexibilização do instituto da incapacidade em relação a idade, para aqueles que com doença terminal, e de

---

<sup>39</sup> Segundo Abdalla Filho et al (2016) o termo discernimento se mostrou desafiador na psiquiatria forense, pois não existe na literatura médica, no entanto, entende o termo como capacidade que é conferida ao indivíduo de fazer suas opções como fruto de uma avaliação e um prognóstico de suas possíveis consequências.

algum modo com alguma incapacidade que não lhe prive de ter lucidez em relação aos atos praticados e suas consequências.

O exercício do procedimento das diretivas antecipadas de vontade faz parte dos direitos da personalidade, relacionados aos direitos de natureza existencial, que garantem a dignidade da pessoa, independentemente de sua idade. Isto quer dizer que aquele reconhecidamente incapaz pelo instituto da incapacidade consubstanciado no Código Civil pode não ter a mesma incapacidade para a realização de atos não patrimoniais, que digam respeito ao seu ser.

Na mesma linha de pensamento de que a idade civil não é óbice para a feitura do testamento vital, encontra-se Luciana Dadalto (2015), no entanto, a autora advoga que os incapazes civilmente devem recorrer ao Poder Judiciário, que seria o único capaz de promover a capacidade para o exercício da autonomia privada na omissão da lei, devendo, inclusive, ratificar tal documento, após completada a maioridade civil.

Significa dizer que, caso um menor de idade, queira redigir um testamento vital, deverá primeiramente requerer autorização judicial, que somente poderá negá-la se restar provada a falta de discernimento deste para praticar tal ato. Entretanto, caso não haja esse requerimento, entende-se que, após adquirida a maioridade civil, o documento deve ser ratificado pelo próprio outorgante (LUCIANA DADALTO, 2015, p.188).

É recomendável que as DAVs sejam discutidas com médico especialista, para que as dúvidas possam ser esclarecidas e para que se evite qualquer conflito de vontades. Não se pode olvidar do direito à informação que possui o paciente, pois para que haja o consentimento informado se faz necessário que o paciente tenha acesso aos dados sobre sua enfermidade, compreendendo-os de forma adequada.

As DAVs hoje são de importância para a garantia da vida e da morte digna, pois não são situações contrapostas. Aluer Freire Júnior e Andréia Amigo (2017, p.52) citam três utilidades para as DAVs: “a) assegurar que a vontade do paciente seja seguida pelo médico; b) evitar desentendimentos na família sobre quais procedimentos adotar em casos de inconsciência do paciente e c) proteção e amparo legal ao médico”.

A declaração prévia de vontade seria então um documento que responderia às novas tecnologias, os entraves familiares e a conduta do médico,

sem crises de consciência, uma vez que a recusa ou não a determinado tratamento médico visando a morte natural ou seu retardo, seria da própria vontade do paciente que o declara, ou por seu representante legal, eleito para esta situação, tão somente, em razão da confiança.

O que as DAVs salvaguardam são direitos: direito de autodeterminação, direitos humanos, direito à uma morte digna e de morrer em paz. O documento deverá ser escrito quando a pessoa tiver capacidade plena, maior de 18 (dezoito) anos e com completa higidez mental informando quais os procedimentos clínicos que deverá receber quando, em uma situação futura, de terminalidade. Se menor de 18 anos, a doutrina, como foi tratado a pouco, aconselha que o Poder Judiciário seja chamado a decidir.

As diretivas antecipadas de vontade podem tratar de tratamentos terapêuticos que a equipe médica poderá ou não realizar, como também, de condutas de: reanimação, transfusão sanguínea, qualquer tipo de tratamento fútil para retardar a morte natural.

Para aqueles que pensam que as diretivas antecipadas de vontade é uma forma de solicitar, indiretamente, a eutanásia, tal documento apenas trata dos procedimentos legais no Brasil para o momento em que a pessoa encontrar-se incapaz de se expressar, é através deste documento que o paciente poderá até mesmo se livrar da ortotanásia, solicitando que sejam efetuados todos os procedimentos fúteis ou não dos quais dispõe a medicina na atualidade.

No Brasil, em virtude da ausência de lei, as DAVs poderão ser acostadas no próprio prontuário do paciente, quando fica visível a todos os profissionais da saúde que o manusearem; entregue ao médico, a um ou a vários familiares, quanto mais pessoas souberem, como foi dito anteriormente, mais chances das últimas vontades serem ouvidas e acatadas.

Quanto ao mandato duradouro, a outra espécie de diretivas antecipadas de vontade, que pode coexistir com o testamento vital, consiste na nomeação de um mandatário da saúde o qual no paciente-mandante deposita toda a sua confiança, para que ele preencha sua vontade, quando encontrar-se em estado de incapacidade, capacitando-o com certos poderes.

Importante que se tenha no mandato duradouro a exposição de desejos e de valores do mandante e os limites do procurador, se estes poderes são amplos para quando o paciente estiver permanentemente ou temporariamente

incapaz, ou limitados à vontade do paciente, neste último caso, que sejam devidamente indicados, tudo para que o mandatário possa cumprir fielmente o mandato.

O melhor seria que além de escrever suas diretivas o indivíduo fizesse, também, o mandato duradouro, pois a nomeação de um procurador poderia auxiliar o cumprimento das DAVs quando houvesse lacunas.

Geralmente, a nomeação do procurador da saúde é baseada no afeto. Para Renata Monteiro e Aluísio Silva Júnior (2019) é condição para o exercício do mandato, a intimidade, a fim de que realmente, o mandatário possa conhecer o mandante, seus valores e suas vontades, o que também, poderá ser um empecilho, em decorrência da proximidade e do afeto, dificultando as decisões a serem tomadas. Dadalto (2015), também, se manifesta neste sentido, que o procurador da saúde seja um terceiro imparcial, que não tenha nem envolvimento emocional forte, nem dependência financeira.

A elaboração da DAV não é tarefa difícil, a pessoa deve elaborar um documento, nele se identificar, dizer que ali estão presentes suas diretivas antecipadas de vontade, que está fazendo de forma livre, esclarecida e consciente, para quando não puder expressar a vontade; pode ou não colocar prazo de validade, e dizer que tratamentos deseja receber em que situações. Por exemplo se podem ou não: ser administrados drogas potentes, utilizar suporte respiratório através de entubação traqueal, operar, realizar hemodiálise, aplicar via alternativa de alimentação. É importante, também, que o titular da DAV estabeleça um mandatário para os casos de lacuna. E por fim data e assina<sup>40</sup>.

## 6.2 DAS INCAPACIDADES

Para que sejam invocadas o exercício de desejos e pretensões por parte de um paciente em estado de terminalidade se faz necessário mencionar dentro do direito privado por excelência um estudo sobre a personalidade e capacidade jurídica, bem como sobre a capacidade de fato, quando a pessoa humana poderá sem qualquer substituição ou auxílio, exercer seus direitos. Diz-se pessoa todo ser humano, razão da existência do direito.

---

<sup>40</sup> Em anexo, consta um modelo de diretivas antecipadas.

Quando se trata de personalidade, não se está aqui a estudá-la do ponto de vista da Psicologia como traços do comportamento da pessoa, e sim do ponto de vista jurídico, como a aptidão para tornar-se titular de direitos e deveres na ordem civil.

A personalidade é uma atribuição consignada à todas as pessoas, apenas pelo fato de existir, são a elas consignados direitos fundamentais junto aos direitos humanos, operando os direitos de personalidade, junto aos direitos privados. Os direitos de personalidade são prerrogativas para que todos tenham uma vida digna.

Princípios como a dignidade da pessoa humana, a solidariedade social e a igualdade substancial tornaram a personalidade do indivíduo como prioridade nas relações entre particulares, e entre a pessoa natural e o Estado (ABREU, 2009).

Nas palavras de Naíde Pinheiro (2016, p. 71):

No âmbito do ordenamento constitucional brasileiro, cumpre mencionar que a República Federativa do Brasil elegeu como um dos seus fundamentos constitucionais a dignidade da pessoa humana, evidenciando-se o caráter constitucional dos direitos da personalidade, os quais devem ser vistos, então, tanto sob uma perspectiva civilista, como, também, como direitos de cunho constitucional

Nessa perspectiva, compreende-se que para o livre desenvolvimento da personalidade é necessária a efetivação da autonomia (JUSSARA MEIRELES, 2017), como coaduna Renata Rodrigues (2007, p. 168) “na contemporaneidade, a autonomia privada deve ser considerada, sobretudo, como poder de autoconstrução da personalidade humana, de maneira que também se aplica a todas as situações jurídicas existenciais”.

Autonomia da vontade e autonomia privada, por vezes, são tratadas de forma dissociada e, por vezes, são tratadas como sinônimos (NAIDE PINHEIRO, 2016). Implicando, para esta análise, o conteúdo de suas definições em detrimento à nomenclatura, adiante melhor retratados.

O Código Civil Brasileiro de 2002 determina, em seu art. 1º, que toda pessoa natural é dotada de personalidade jurídica e que esta, por sua vez, é a capaz para o exercício de direitos e deveres na ordem civil.

Portanto, toda pessoa é sujeita de direitos, e é através delas que as relações jurídicas se estabelecem. Entretanto, quem pode ser considerada pessoa? Para o Código Civil Brasileiro (BRASIL, CCB 2002) todo aquele que

nasce com vida, torna-se pessoa, portanto, adquirindo personalidade jurídica, conceituada como “aptidão genérica para adquirir direitos e contrair obrigações ou deveres na ordem civil” (CARLOS GONÇALVES, 2018).

Para a jurisprudência brasileira, a personalidade da pessoa inicia-se a partir de sua concepção (BRASIL, STJ). O que muda de uma concepção denominada natalista (Código Civil) para outra cognominada concepcionista (STJ) é apenas o fato do Código Civil ter sido objetivo ao considerar pessoa, apenas aquela ao nascer com vida, entretanto o diploma civilista, garante os direitos do nascituro (BRASIL, CCB, 2002).

O que importa é ressaltar que a aquisição da personalidade a que se destina o Código Civil é para efeitos patrimoniais, porque é a partir da concepção que a pessoa humana se torna detentora dos princípios, dos direitos que possam ser atribuídos a qualquer pessoa nas relações de existência, independente, de raça, nacionalidade, credo, religião, cor.

A partir da concepção a pessoa já se torna detentora dos direitos inerentes à personalidade, direitos relacionados à existência. Quando se traz as relações patrimoniais, até é possível discutir as correntes, seja pela natalista ou concepcionista, a pessoa que adquire personalidade e se torna titular de direitos e deveres na ordem civil, tornando-se, também, capaz de direitos e deveres (BRASIL, CC, 2002). Portanto, para as relações patrimoniais, agrega-se ao conceito de personalidade o da capacidade.

Falando sobre os direitos de personalidade civil e a capacidade para realizar os atos da vida civil, Roberto Gonçalves (2018) assevera todo homem que possui personalidade possui, também, capacidade para ser titular de direitos, sendo a capacidade medida da personalidade, isto é, cada pessoa que adquire personalidade poderá possuir um tipo de grau de capacidade.

Portanto, a capacidade para a realização dos atos da vida civil se divide em categorias diferentes: a capacidade de direito ou de gozo, e a capacidade de fato, de exercício, ou também, denominada de ação. Estas categorias representam a possibilidade atribuída a cada pessoa na projeção de sua ação, em síntese, no exercício de sua autonomia. Enquanto a capacidade revela os poderes que a pessoa possui, a personalidade é quem promove o surgimento dos poderes.

Todos que adquirem personalidade conhecem, também, a capacidade de direito, ela é ampla e atinge a todos sem restrição, não sendo necessário nenhum grau de desenvolvimento mental, psíquico, social ou físico, é potencialidade que cada sujeito possui para o exercício da vida civil, ou seja para a prática dos atos do dia a dia (FRANCISCO AMARAL, 2018).

Todos que ostentam apenas a capacidade de direito são anunciados como incapazes. Conforme o grau de imaturidade ou deficiência física ou mental da pessoa, a incapacidade pode ser absoluta ou relativa. Ressalte-se que esta é a forma com a qual a lei se apresenta para proteger nas relações jurídicas pessoas que possuem algum tipo de limitação.

A incapacidade absoluta possui como indicador a proibição de qualquer exercício, por si só, da vida civil (CARLOS GONÇAVES, 2018), qualquer ato somente poderá ser praticado por um representante da pessoa, que lhe substitui a vontade, gerando nulidade qualquer ato que não seja apresentado neste formato. Para a Legislação Civil Brasileira são incapazes absolutamente para os atos da vida civil, apenas os menores de 16 (dezesseis) anos. Portanto, sua vontade encontra-se, pela lei, suprimida.

A vontade do menor de 16 (dezesseis) anos para as relações jurídicas é a vontade dos seus pais, ou dos seus representantes legais. Tal incapacidade é tida como natural, em face da imaturidade psicológica e intelectual, tanto assim o é que dispensa qualquer tipo de judicialização para interdição (CRISTIANO FARIAS; NELSON ROSENVALD, 2018).

Por sua vez, a incapacidade relativa consente que o incapaz pratique atos da vida civil, contudo com restrições. Para que seu ato tenha efeitos, seja válido, se faz necessário que o relativamente incapaz seja assistido por seu representante legal. Não se trata aqui de substituição de vontade, mas de auxílio à vontade, por considerar que este incapaz encontra-se em um grau de maturidade psicológica maior do que o absolutamente incapaz. Inclusive, alguns atos civis podem ser praticados por ele sozinho, sem qualquer auxílio, como por exemplo: ser testemunha, mandatário, confeccionar seu próprio testamento, ser eleitor, celebrar contratos de trabalho (CARLOS GONÇALVES, 2018 ).

O Código Civil apresenta como relativamente incapazes para certos atos ou à maneira de exercê-los: os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; os que fazem uso habitual de álcool e de tóxicos de forma dependente, os que,



por causa transitória ou permanente, não puderem expressar sua vontade, e ainda aquelas pessoas que gastam imoderadamente o que têm, os pródigos.

Toda a questão da capacidade das pessoas é importante para determinar e orientar qualquer tipo de decisão acerca das suas relações patrimoniais, no entanto, decidir sobre a morte digna, não é uma simples questão de relações negociais privadas, é questão de existência. A vontade das pessoas absolutamente incapazes ou relativamente incapazes não tem valor? É possível que pessoas incapazes realizem as diretivas antecipadas da vontade, que tentem impedir tratamento que considerem degradantes para si?

### 6.3 A IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA PRIVADA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Como o princípio da dignidade da pessoa humana, o princípio da autonomia da privada deve ser salvaguardado. Autonomia é poder se autogovernar, de poder tomar decisões sem consulta ou aprovação de outrem. Refere-se a possibilidade/capacidade de poder realizar negócio jurídico através da vontade, traduzida como manifestação ou impulso de desejar algo.

Na atualidade há diferenças importantes para as diretivas antecipadas entre autonomia da vontade e autonomia privada. No direito, a vontade se torna elemento indispensável para a realização dos atos jurídicos, pois através dela se cria, modifica-se e extinguem-se relações jurídicas.

A vontade possibilita o reconhecimento das relações jurídicas, tornando-as eficazes nos limites apresentados pelo sistema normativo. A possibilidade que o sujeito possui de atuar conforme a sua vontade, segundo Francisco Amaral (1989) é denominada liberdade e, mais especificamente, liberdade jurídica, quando há poder de regular juridicamente as relações de modo a estabelecer conteúdo, forma e eficácia às mesmas, sendo devidamente reconhecidas e abrigadas pelo direito. À liberdade que o sujeito dispõe na esfera do direito privado, chama-se autonomia.

Assim, pode-se dizer que

A esfera de liberdade de que o agente dispõe no âmbito do direito privado chama-se autonomia, direito de reger-se por suas próprias leis. Autonomia da vontade é, portanto, o princípio do direito privado pelo qual o agente tem a possibilidade de praticar um ato jurídico,

determinando-lhe conteúdo, a forma e os efeitos. Seu campo de aplicação é, por excelência, o direito obrigacional, aquele em que o agente pode dispor como lhe aprouver, salvo disposição em contrário (FRANCISCO AMARAL, 1989, versão on line)

Após as Revoluções burguesas na Europa, no Séc. XVIII, com a chegada do Estado Liberal é que a sociedade conheceu o individualismo, em contraposição aos privilégios feudais até então postos. O Estado Liberal surgiu com a proposta da menor intervenção possível do Estado nos negócios entre particulares, as pessoas eram livres para decidirem sobre o conteúdo de seus negócios, as partes com quem celebravam, tinham poderes de se autorregular de forma ilimitada.

Entretanto, após a primeira Guerra Mundial, novamente o Estado passou a intervir na esfera das relações individuais com o propósito de levar a justiça material ao cidadão, de protegê-lo, o princípio da autonomia da vontade, então, passa a ser limitado pelo princípio da autonomia privada, surgindo o Estado Democrático de Direito, em substituição ao Estado Liberal, que havia substituído os regimes autoritários (ALUER FREIRE JÚNIOR; ANDRÉIA AMIGO 2017).

Destaca-se, portanto, que há uma pequena diferença entre o princípio da autonomia da vontade e o princípio da autonomia privada. O primeiro decorre da possibilidade de escolhas livres e infinda, da pessoa poder traçar seu próprio destino, sem que deva submeter-se a outras ordens que não às suas próprias ou a daqueles a quem se submeteu por seu próprio interesse, diante de sua liberdade, faz parte da subjetividade. A autonomia privada, por sua vez, vê a pessoa de forma concreta, a tomada de decisão sai da esfera subjetiva para a objetiva, sendo alvo de direito o homem visto em suas condições específicas, condizentes com sua situação existencial (GUSTAVO TEPEDINO, 2003-2004).

Autonomia da vontade caracterizava-se pelo poder da vontade atribuído ao indivíduo no marco político do Estado Liberal, que deixava a cargo dos indivíduos decidirem as próprias vidas no que tange à liberdade contratual, já que o maior valor social à época era o patrimônio, em razão da sociedade burguesa dominante, que impunha uma dialética negocial baseada eminentemente na lógica econômica, (ANA TEIXEIRA, 2018, versão on line).

O Estado deixou de ser apenas fixador de preços, fiscalizador e controlador de certos negócios, mas passou a editar leis que limitassem o poder de autorregular determinadas cláusulas, passou a determinar o conteúdo de

certos contratos, como por exemplo o contrato dos beneficiários com os planos de saúde, com o objetivo de proteger pessoas em situação de vulnerabilidade.

O princípio da Autonomia Privada, no Estado Democrático de Direito reveste-se não apenas de poder na manifestação de vontade, mas, também, de autorregulamentador de contratos, especialmente, nos aspectos existenciais, íntimos, de interesse individual, a fim de garantir o bem-estar do próprio contratante, o bem-estar coletivo e a valorização individual das pessoas, seja em situações jurídicas patrimoniais, aquelas decorrentes de relações obrigacionais, contratuais, pertinentes ao direito real ou de crédito ou existenciais, como as que pertencem, por exemplo, ao direito de personalidade e ao direito de família.

Pensando já na contemporaneidade trazida pelo Estado Democrático de Direito, Ana Teixeira (2018) ainda apresenta uma classificação para o princípio da autonomia privada. Ela afirma que a expressão não seria a mais adequada para contemplar negócios unilaterais/patrimoniais e situações não patrimoniais ao mesmo tempo. Para a autora a denominação deveria ser autonomia negocial, como gênero, do qual são espécies a autonomia contratual e a autonomia existencial, já que a autonomia negocial ultrapassa os limites de patrimonialidade, abarcando as situações existenciais. Os negócios jurídicos patrimoniais, necessitam da capacidade jurídica do sujeito para sua eficácia, enquanto nos negócios jurídicos de natureza existencial, tem como requisito apenas o discernimento para o ato.

São os negócios jurídicos de natureza existencial que interessam aqui, quando se trata de autonomia para ter uma morte digna em um paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, mas que serão tratados simplesmente como situações de autonomia privada ou princípio da autonomia privada.

Conforme Luciana Dadalto (2015) é com a Constituição Federal de 1988, em um Estado Democrático de Direito, que as situações existenciais ganham prestígio no ordenamento jurídico brasileiro, pois a Carta Magna aufere à pessoa humana *status* prioritário, assumindo a autonomia privada uma redesignação emanada pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

Por conta do princípio da dignidade da pessoa humana ter alçado a condição de princípio fundamental da Constituição do Brasil, não pode o princípio da autonomia privada ser visto, já que reflete o direito objetivo, sem àquele.

A autonomia privada para atos existenciais está relacionada à manifestação de vontade independente e consciente e das consequências dela advindas, faz parte da subjetividade do sujeito que deve ser valorada.

Na esfera infraconstitucional, o Código Civil Brasileiro (2002), no seu art. 421, possibilita a liberdade de contratar na esfera patrimonial e existencial, mas corroborando com o exposto, a autonomia privada fica limitada a condições que não afete os direitos coletivos, os direitos da pessoa humana e sua dignidade. A vontade privada não é algo que dependa apenas do querer, mas da lei.

Enquanto o princípio da vontade traz a ampla liberdade de contratar de acordo com os desejos dos contratantes, exercendo sua vontade e garantindo os efeitos dispostos pela lei ou não vedados, o princípio da autonomia privada que não se volta exclusivamente à segurança patrimonial, protege interesses sociais relevantes e pessoas em situações de vulnerabilidade, tutelando novos bens jurídicos abrolhados em razão de situações existenciais surgidas com o avanço tecnológico (GUSTAVO TEPEDINO, 2003-2004).

A concepção tradicional do contrato tem sido mitigada por uma nova forma de se estabelecer, mas a vontade ainda subsiste. É, portanto, a vontade das partes contratantes que gera o contrato e sua força vinculante ao seu cumprimento. No Estado de Democrático de Direito, diante da vontade, se observa os limites impostos pelo ordenamento jurídico com fins de proteção à pessoa e à sua comunidade.

Prevalece a vontade no que lhe é essencial. Porque para que exista um contrato se faz imperativo que haja autonomia, possibilidade de estabelecer normas de forma livre. No contrato cada parte impõe a sua vontade para que a finalidade almejada possa ter eficácia, desde que a lei seja observada, pois a harmonização das fontes normativas devem ocorrer com a observação dos valores e princípios constitucionais, desagarrados da questão patrimonial e alicerçado nos princípios constitucionais presentes, tendo o princípio da dignidade humana como norteador.

Assim, em face do crescimento exagerado no sistema de produção e de distribuição de bens e serviços, para acelerar a rapidez das relações contratuais, o contrato também sofreu alterações, foi massificado, tornou-se idêntico para todas as relações semelhantes, sua construção neste formato não conseguia

atender interesse íntimo de cada qual, o contrato passou a ser previamente elaborado por uma das partes em que a outra apenas aderiria.

E é este tipo de contrato de adesão que ocorre no contexto atual o contrato entre planos de saúde e beneficiário, entre hospitais e pacientes, entre médicos e paciente realizados de acordo com o princípio da autonomia privada e cujo conteúdo, em geral, se cerca de direitos individuais de existência. As novas realidades, econômicas, políticas e sociais que se formam na contemporaneidade, devem atender um consumidor vulnerável, preservando, no entanto, sua dignidade.

Portanto, esta nova roupagem da teoria contratual, não importa somente a vontade dos contratantes, importa os reflexos, os efeitos, que o contrato dissemina na sociedade. Não importa apenas o momento do consenso, importa os efeitos que produzirá na sociedade e a condição social e econômica das pessoas que nele encontram-se envolvidas (CLÁUDIA MARQUES, 2002) e porque também não dizer, a condição psicológica.

Pode-se dizer então que o princípio da autonomia da vontade, da liberdade da realização dos contratos ainda é aplicado às relações contratuais, no entanto é minimizado para atender anseios sociais coletivos e dar ao Estado o espaço necessário para com as preocupações com a sociedade, protegendo consumidores vulneráveis, resguardando interesses sociais, apresentando-se também sob o manto da autonomia privada. O interesse individual deve dar espaço a interesses coletivos, protegendo os mais fracos.

O contrato entre o médico e o paciente se dá através da autonomia da privada, que se estabelece em razão da capacidade que as pessoas podem autodeterminar-se, porém não de forma ilimitada, mas assegurando a todos dignidades mútuas. E ao estabelecer uma determinação de última vontade, através de diretiva antecipada de vontade (DAV) formaliza-se um negócio jurídico unilateral relacionado aos direitos de existência.

A autonomia privada é quem garante ao indivíduo o direito de ter seu próprio conceito de vida boa, refere-se aos direitos de personalidade, aos direitos de família e sucessões, em geral (LUCIANA DADALTO, 2015). Respeitar o princípio da autonomia privada é valorizar e reverenciar o princípio da dignidade da pessoa humana, no poder de se autodeterminar, reconhecendo os limites impostos pela lei. É reconhecer o respeito, o exercício de sua liberdade à pessoa,

salvo para aqueles sujeitos que não possuam capacidade plena, muito embora devam ser ouvidos, pois o que está presente junto às questões da dignidade para morrer não são aspectos patrimoniais e sim existenciais.

### **6.3.1 Autonomia privada dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais**

Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais ou em terminalidade são todos aqueles que diante de uma doença sem cura, que pode se prolongar com o tempo e têm a morte como inevitável.

A terminalidade parece ser o eixo central do conceito em torno da qual se situam as consequências. É quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar (PILAR GUTIERREZ, 2001, versão on line).

Observe-se que o paciente fora de condições terapêuticas atuais a morte é certa, ela não pode ser evitada, há uma ausência, uma impotência, uma impossibilidade de cura.

Segundo a Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos(SECPAL) para que se possa diagnosticar uma pessoa em estado terminal há a ocorrência de algumas características, que são importantes descobri-las o quanto antes a fim de que, também, se possa destinar a terapêutica. Para a SECPAL são elementos fundamentais:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable, 2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, 3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, 4. Gran impacto emocional el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte, 5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses,(SECPAL, 2020)<sup>41</sup>.

Pode-se dizer que pacientes encontram-se fora de possibilidades terapêuticas atuais aqueles cujo estágios clínicos ponham o enfermo em situação de final da vida próximo.

---

<sup>41</sup>Tradução livre: Presença de doença avançada, progressiva e incurável; 2. Falta de possibilidades razoáveis de resposta a tratamento específico; 3. Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e mutáveis; 4. Grande impacto emocional no paciente, família e equipe terapêutica, intimamente relacionada à presença, explícita ou não, da morte, 5. Prognóstico de vida inferior a 6 meses.

Uma das discussões mais importantes que deve ser feita quando o paciente é informado sobre a incurabilidade de sua doença é sobre as situações de sua incapacidade.

O paciente fora de condições terapêuticas atuais que esteja consciente, possui desejos que devem se tornar os vetores direcionadores de sua existência, a serem respeitados por todos.

A questão do paciente optar pela terapia recomendada é uma questão de autonomia, recusar certo tratamento porque há esperança de palição também o é, não pode ser questionada pelo profissional de saúde, as razões são extremamente subjetivas. Ao tomar decisões sem pressão, de acordo com o que se deseja autonomamente é uma forma de demonstrar que se é e como se deseja viver, no presente caso, morrer, são escolhas que refletem os valores pessoais, especialmente, para quem a morte se tornou iminente (SHEILA MCLEAN, 2010).

Viu-se que a autonomia privada garante aos indivíduos, desde que com a observação da lei, promovam seus interesses mais íntimos, alicerçados nos princípios do direito à vida, considerando o princípio da dignidade da pessoa humana como limitador.

Um paciente em estado de terminalidade com higidez mental causa facilidade nos procedimentos a serem seguidos, pois ele assume as condições de autodeterminação.

Ainda não é comum que o profissional da saúde indique cuidados paliativos ao paciente em terminalidade porque a sua formação ainda encontra-se centrada no cuidado curativo, o que provoca uma amputação na decisão do paciente, auxiliado por sua família, o que impede a divulgação e prática dos cuidados paliativos, o que poderia evitar sofrimentos desnecessários, (SÍLVIA MADEIRA, 2010).

Situação menos confortável para o médico encontra-se quando o paciente está em estado de inconsciência, pois uma vez que sua autonomia esteja reduzida, deverá se valer dos desejos expressados pelo enfermo anteriormente à inconsciência, não existindo tal documento, de acordo com os desejos dos familiares e de sua própria autonomia, sempre direcionando uma conduta médica observando o que melhor poderá realizar ao paciente, com menor diminuição de riscos, (LUCIANA DADALTO, 2015).

É de se observar que o estado vegetativo persistente (EVP) e doenças crônicas incuráveis, também, colocam o paciente em situação de final de vida. As doenças crônicas incuráveis são aquelas que não podem ter progressão lenta e afetam a qualidade de vida, no entanto, a demência avançada chama atenção para a questão da autonomia da vontade do paciente.

O estado vegetativo persistente ocorre quando há total inconsciência por parte do paciente de si próprio e do mundo que o circunda, sem qualquer tipo de interação com outras pessoas, nem respostas voluntárias a estímulos sejam visuais, auditivos, nóxicos<sup>42</sup> ou táteis, com estado de vigília intermitente, sendo preservadas as funções hipotalâmicas e autonômicas suficientes para sua sobrevivência e, em grau variável, os reflexos dos nervos cranianos e espinomédulares. Não há no paciente em EVP qualquer controle de urina ou fezes (LUCIANA DADALTO, 2015).

Muito se discute sobre a suspensão ou não de nutrição e hidratação artificial para os pacientes em estado vegetativo persistente, há os que repulsam a suspensão por considerarem uma forma de antecipar a morte, um procedimento eutanásico, pela morte do paciente em razão da fome e da sede. No entanto, muitos estudos já constataram que o paciente inconsciente, não sente nem fome, nem sede (LUCIANA DADALTO, 2015). No Brasil, a nutrição e hidratação de pacientes são consideradas vitais, por isto, a sua prática não é permitida, a suspensão de nutrição e hidratação é considerada eutanásia.

A demência avançada, com declínio da capacidade de entendimento, reconhecimento, declínio global da memória associada a uma deficiência cognitiva, além de ser uma doença incurável, torna a pessoa incapaz para decidir sobre os procedimentos médicos e tratamento.

Tanto no estado vegetativo persistente, quanto da demência avançada o paciente não tem escolha quanto aos tratamentos que devam ser viabilizados no seu estado clínico, salvo se antes do estado de incapacidade tiver deixado por escrito as suas diretivas antecipadas de vontade (DAVs).

---

<sup>42</sup> Para que se possa investigar o grau de consciência do indivíduo, além dos estímulos visuais, auditivos e táteis é possível a estimulação nóxia, associada ao dano tecidual, que estando o indivíduo consciente ele experimenta pela sensação da dor



As DAVs devem ser aplicadas a todos que estiverem em estado terminal, sem possibilidade de cura, ou em situações de estado vegetativo persistente e irreversível, a ideia é a morte natural de forma digna. A doença muitas vezes, deixa a pessoa sem que possa exercer suas declarações, por isso as DAVs são importantes, porque precisam ser realizadas no estado de pleno gozo de consciência. Na falta de diretivas antecipadas, o paciente ficará exposto a vontades alheias que podem não se assemelhar às suas. Certo é que mesmo em face da ausência de DAV, não se pode olvidar que todos os demais envolvidos têm o dever de preservar a dignidade do paciente.

Entretanto, mesmo com a escrita da DAV, ainda pode ser observado um conflito entre as atitudes da família e do profissional da saúde com os desejos manifestados pelo paciente

“Digamos que manobras de ressuscitação tenham sido feitas e o paciente esteja na UTI – com o respirador artificial e outros tratamentos artificiais. Se não houver melhora, surge um novo conflito: vamos honrar o desejo do nosso ente querido ou vamos mantê-lo artificialmente vivo por tempo indeterminado?... em contraste, nós profissionais da saúde, temos sempre em mente executar o que é mais apropriado para cada paciente, ou seja, verificar o que é melhor em todas as situações. São sensibilidades diferentes e responsabilidade morais divergentes, (TÉRCIA SHARPE, 2018, versão on line) .

Através dos relatos dos profissionais da saúde pode-se perceber que ainda não estão culturalmente prontos para perceber com naturalidade a autonomia da vontade do paciente.

### **6.3.2 Autonomia da vontade da criança e do adolescente**

Foi no século XX que foram finalmente promulgados documentos reconhecendo as crianças como sujeito de direitos. Em 1924 através das Declaração dos Direitos da Criança passou a ser estabelecido direitos relativos à criança, e em 1959 a referida declaração instituiu ao infante o princípio da prioridade absoluta e proteção integral. Cabendo à Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989, instituir o princípio do melhor interesse da criança como elemento norteador. O Brasil e mais 192 países, dos 193 que assinaram, ratificaram a Convenção. A Constituição Federal do Brasil, embora promulgada em ano anterior à Convenção de 1989, já passou a dispor implicitamente acerca

de todos os princípios de proteção aos menores acima nominados, (MENEZES; MULTEDO, 2016).

Com a Constituição de 1988 houve uma ampliação de garantias concedidas às criança e adolescentes, destacando a sociedade como responsável para cuida-los, firmando princípios destinados à sua proteção: princípio do melhor interesse da criança e princípio da proteção integral, (ANA TEIXEIRA, 1988).

No âmbito infraconstitucional, logo após a promulgação da Constituição Federal, surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13/07/1990, com normas protetivas para os seus destinatários (crianças e adolescentes) contra qualquer forma de abuso seja da sua família, da sociedade ou do próprio Estado, considerando criança, o indivíduo até os 11 (onze) anos de idade e adolescente os que possuem entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade (art. 2º, ECA, 1990).

O ECA (1990) dispõe no início de seu documento, no seu artigo 3º, que todos os direitos fundamentais pertinentes à pessoa são, também, garantidos a criança e ao adolescente, sem qualquer prejuízo do princípio da sua proteção integral, visando sempre permitir o seu desenvolvimento (físico, mental, moral, espiritual e social), em condições de liberdade e de dignidade.

Falar de autonomia da criança e do adolescente envolve dois elementos que a limitam: a lei, especialmente, o regime das incapacidades trazidas pelo Direito Civil e a autoridade dos pais ou responsáveis sobre eles, em razão, principalmente da dependência.

É de conhecimento que o Código Civil Brasileiro (2002) apresenta os representantes e assistentes para realização dos atos da vida civil para os infantes, reconhecendo a sua vulnerabilidade. O menor de 18 (dezoito) anos não possui capacidade plena. O menor de 16 (dezesesseis) anos é, considerado absolutamente incapaz, possui em seus pais seus representantes naturais e legais, e os maiores de 16 (dezesesseis) e menores de 18 (dezoito) anos tidos como relativamente incapazes, necessitam de assistência em seus atos para que os atos da vida civil possam se tornar eficazes, podendo, estes últimos adquirirem emancipação.

Contudo, os atos sobre a terminalidade não são atos patrimoniais que envolvem o negócio jurídico estrito.

Assim, não se põe em discussão que os pais e representantes do menor estão aptos para tratarem de suas questões patrimoniais, esta situação é legal e pacífica, a heteronomia nas relações jurídicas de efeito civil, quando os menores se submetem à vontade dos pais ou de seus representantes legais é uma forma de resguardar seus interesses patrimoniais porque pressupõe-se que ele não tem maturidade e experiência para tais tipos de negócios.

E quantos aos direitos de existência, os menores também são considerados vazios de discernimento? O que se pergunta é se a vontade dos representantes das crianças e adolescentes, também, supre a vontade deles quando se trata de questões de existência, especialmente, sobre o direito de morrer dignamente?

É preciso que no Brasil esta questão seja debatida no legislativo, no judiciário brasileiro é cada vez mais frequente nas questões familiares os menores serem ouvidos e suas impressões e desejo serem respeitados, sendo cada vez mais possível analisar os comportamentos de autodeterminação das crianças e adolescentes. Faz-se necessário ultrapassar nas questões existenciais a maneira arbitrária de imposição das incapacidades para os infantes quando se trata das questões de existência.

O Poder Judiciário deve ouvir a criança e o adolescente, considerar sua opinião e analisar o contexto: idade, nível de estudo, ambiente familiar, acesso a informações.<sup>43</sup>

De todo pode-se dizer que o judiciário está atento a esta causa, não foi à toa que o Conselho de Justiça Federal aprovou o Enunciado n.º 138, aprovado na III Jornada de Direito Civil: “a vontade dos absolutamente incapazes, na hipótese do inc. I do art. 3º, é juridicamente relevante na concretização de situações existenciais a eles concernentes, desde que demonstrem discernimento bastante para tanto”.

Ao Estatuto da Criança e do Adolescente a questão do discernimento, também, não passa despercebida, parágrafo primeiro do art 28, quando trata sobre a colocação do menor em família substituta; ele estabelece que a criança

---

<sup>43</sup> Nas ações de Guarda de filhos o Poder Judiciário tem buscado ouvir o menor, afirmando que na divergência entre a vontade dos pais, prevalece a vontade dos filhos menores, desde que apresentem razões justificando a medida: Apelação Cível AC 35940000561 ES 035940000561 (TJES).

ou adolescente, deverá ser previamente ouvido por uma equipe interprofissional, devendo ser “respeitado seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão sobre as implicações da medida, e terá sua opinião devidamente considerada.”(BRASIL, 1990).

Tudo depende da idade e maturidade. Da vida infantil para a vida adulta, um turbilhão de emoções e transformações de ordem física e psíquica acontecem é, também, em certas situações e momentos específicos que necessitam de decisão que a autonomia privada dos menores seja respeitada, não necessariamente efetivada, pois tudo dependerá dos princípios que regem a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente, sempre com foco na dignidade da pessoa e no melhor interesse da criança e do adolescente e na sua proteção.

A autoridade parental para as questões existenciais deve ser diminuída na proporção do amadurecimento dos filhos, de modo que as escolhas dos filhos sejam orientadas, ponderadas, valoradas e efetivadas quando o sujeito se posiciona com entendimento necessário para determinada situação.

Assim, quando da primeira infância o poder de heteronomia dos pais é muito maior, há uma restrição à liberdade dos filhos justificada pela incapacidade própria da idade na autodeterminação. Os pais têm o poder-dever de cuidar, educar, direcionar e o Estado, somente sob forma de exceção poderá intervir na relação paterno filial, (MENEZES; MULTELDO, 2016).

Atualmente, para que seja constatado o grau de entendimento e de consequência do ato desejado pelo menor, a fim de que se possa verificar seu grau de liberdade e autonomia para os atos existenciais, não é difícil, deve-se contar com uma equipe multidisciplinar e com o auxílio dos familiares, (ANA TEIXEIRA, 2018).

O evento morte no cenário hospitalar também faz parte da vida das crianças e adolescentes. Foi visto em capítulo anterior que muitos países acatam as escolhas individuais sobre a morte assistida de crianças e adolescentes, independentemente, da capacidade civil, desde que tenha sido constatado o discernimento por parte deles sobre o ato.

Inclusive, o direito à informação deve ser respeitado a criança e o adolescente têm o direito de saber a verdade que deverá sempre ser dita de forma habilidosa.

Luiz Pinto (1996) afirma que a partir dos oito anos de idade as crianças já possuem a capacidade de desenvolver noção sobre a própria morte, para ele é um erro dos pais não admitirem que os filhos saibam a verdade e apresenta dois lemas para revelar um prognóstico de letalidade para a criança: que a verdade não deve ser apresentada de forma cruel e que a mentira deve ser banida, mesmo que caridosa e humanitária.

A criança e o adolescente em face da Constituição Federal, conquistaram proteção integral por parte da sociedade, do Estado e dos responsáveis, inclusive, em relação a saúde. Portanto, há à criança e ao adolescente a possibilidade de autonomia, de escolha, de deliberações, o que necessita, psicológica e juridicamente, é apenas de assistência, de alguém que possa esclarecer suas condições de saúde e lhe auxiliá-lo nas tomadas de decisões. Afinal, os desejos e vontades do adolescente são elementos que constituem sua autonomia

Há uma dificuldade no Brasil em aplicar o respeito ao projeto de vida de crianças e adolescentes, e em especial, quando diz respeito ao seu próprio corpo, como se pôde perceber na decisão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul em relação a E.S.R, que encontrava-se diagnosticada com osteossarcoma com metástases pulmonares e com um tumor no braço, cujo Tribunal autorizou a realização de amputação no braço da menor de 10 (dez) anos que implorou aos pais que não fosse retirado o seu membro (Processo n.º 0193242-26.2014.8.21.7000 ) .

A criança e adolescente possuem o direito de expressão, de serem ouvidos em todo processo judicial e administrativo que direta ou indiretamente lhe afetarem. E.S.R não foi nem ouvida no processo supracitado, como determina o artigo 45§ 2º do ECA (1990). Certo que o Estado deve proteger a criança até dos seus pais com o objetivo de buscar o melhor interesse da criança e do adolescente, mas em nenhum momento deve esta gerência ter o objetivo puro e simples de restringir sua liberdade.

O Estado tem a lei para medidas restritivas à vontade do menor<sup>44</sup>, fora dela é preciso que dê espaço à intimidade, aos anseios pessoais dos infantes, espaços estes fora de sua interferência, mas não alheios ao direito.

Há de se explicar que mesmo que no Brasil ainda não tenha uma cultura de atitudes do Estado, da família e do judiciário de atentar pelos desejos de existência da criança e do adolescente absolutamente incapazes, o que dizer em relação aos adolescentes relativamente incapazes? Os relativamente incapazes etariamente são os menores de 18(dezoito) anos e maiores de 16 (dezesesseis) anos. A vontade deles para os atos da vida civil não deve ser suprida e sim assistida. Não se pode deixar de dizer algo óbvio: a percepção de um adolescente de quinze anos é totalmente diferente de uma criança de três, por exemplo.

Os direitos dos adolescentes envolvem a sua participação e o do seu representante legal, portanto há de se respeitá-lo como sujeito autônomo e protagonista de decisões.

Muitos profissionais encontram-se mais preocupados com os pais ou representantes do adolescente do que com o próprio, ignorando-o como sujeito e não valorizando a possibilidade de estar apto para uma decisão independente. No estudo realizado por Flávia Araújo et al (2018), foi possível determinar que a tomada de decisão dos adolescentes se faz, na maior parte das vezes, unicamente, por seus pais e responsáveis, sendo pouco observada a possibilidade do adolescente ser ouvido como protagonista na sua história hospitalar, ao invés de disponibilizar informações ou auxiliar o adolescente para conjuntamente optarem por caminhos possíveis<sup>45</sup>.

A consagração do princípio da dignidade da pessoa humana que encadeia a proteção e o melhor interesse da criança encaminha, atualmente, a possibilidade que estes sujeitos sejam vistos, ouvidos e respeitados em sua autonomia existencial, sem interferências, mas com orientações necessárias próprias à sua condição pessoal.

---

<sup>44</sup> O artigo 9º da Lei n.º 9.434, de 04/02/1997, Lei de Transplantes, assenta que somente as pessoas juridicamente capazes podem dispor de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo, para fins curativos ou para transplantes

<sup>45</sup> O estudo foi realizado através de uma revisão integrativa da literatura

### 6.3.3 Autonomia da vontade do idoso

Em razão do aumento de expectativa de vida<sup>46</sup>, provocado pelo avanço da ciência, da queda de natalidade e melhoria de condições sociais, o Brasil está se tornando um país de idosos.

O idoso é aquele que contribuiu com o crescimento e desenvolvimento do Estado, devendo ser respeitado nos seus direitos humanos fundamentais

(ALEXANDRE DE MORAES, 2007). No entanto, se estabelece um requisito etário para que o indivíduo possa ser considerado idoso, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), é aquele que ultrapassa a idade de 60 (sessenta) anos.

No Brasil, em 2010, as pessoas com mais de 60 (sessenta) anos representavam apenas 11% (onze por cento) dos brasileiros, e a expectativa é de que em um futuro breve, em 2025, o Brasil seja o sexto país em número de pessoas idosas no mundo, e muito há o que se preocupar tendo em conta que há desafios a romper com o envelhecimento: as doenças, sejam infecciosas ou crônicas, mas que passam a ser os principais motivos de incapacidade, morbidade e mortalidade, (MARINA BATISTA et all, 2011).

O número de idosos vem crescendo não só no Brasil, mas no mundo, uma situação de transformação e irreversibilidade, pois de acordo com Iadya Maio et al (2016) estima-se que o mundo contará com cerca de 2 bilhões de idosos em 2050. As discussões acerca do tema há muito já iniciaram, a Organização das Nações Unidas – ONU promoveu duas Assembleias sobre o tema, uma em 1982 e a outra 2002 cuja prioridade destinada a um Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, (A ONU..., 2020).

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento se estabeleceu direcionando três áreas prioritárias para promoção das ações: pessoas idosas e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e ainda a criação de um ambiente de vida propício e favorável. Na segunda Assembleia, a de 2002

---

<sup>46</sup> No Brasil, segundo o IBGE a expectativa de vida dos brasileiros em 2018 alcançou 76,3 (setenta e seis anos e três meses). Houve uma evolução de 30,8 (trinta anos e oito meses) anos de 1940 para 2018. Para as mulheres os dados de longevidade sobem para 79,9 (setenta e nove anos e nove meses), (CRISTIANE CRELIER, 2019).

o objetivo maior era desenvolver uma série de mudanças de atitudes em relação às pessoas com mais de 60 (sessenta) anos, recomendando prioritariamente ações e políticas específicas para o melhor bem-estar na velhice, em todos os setores.

Menciona-se como evento de importância, também, para a proteção e fortalecimento da autonomia da vontade do idoso. A Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos realizada em 2015, em Washington, nos Estados Unidos, além de reconhecer as Assembleias anteriores (1982 e 2002), se instaura como um instrumento regional juridicamente vinculante para efetivar seu objetivo maior: a proteção ao idoso e o exercício de um envelhecimento ativo.

Cabe destacar que, sob o ponto de vista internacional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos não dedicou nenhum artigo sobre a proteção e autonomia da pessoa idosa, sendo que foi a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos aprovada em 2015 pela Organização dos Estados Americanos o primeiro grande documento de abrangência internacional que dispõe a esse respeito,(NAIDE PINHEIRO, 2016).

A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos atribuiu característico destaque ao tópico autonomia da pessoa idosa quando listou como princípios gerais a dignidade, independência, o protagonismo e a autonomia do idoso. É explicitamente reconhecido o direito do idoso de tomar decisões, encarregando aos Estados Partes o dever de garantir o respeito à autonomia do idoso na tomada de suas decisões e a independência na concretização de seus atos, além de assegurar que o idoso tenha a oportunidade de escolher onde e com quem quer residir (NAIDE PINHEIRO, 2016).

A Convenção Interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos conceituou a velhice como uma construção social da última etapa do curso da vida, bem como perfilhou que a medida que a pessoa envelhece deverá continuar vivendo de forma independente e autônoma, com todas as proteções mínimas necessárias no aspecto da saúde, segurança, integração e participação nas várias esferas que compõem a sociedade, social, cultural, econômica e política (Convenção..., 2015).



No Brasil, como visto a Constituição Federal de 1988 representou direitos garantidos universalmente, especialmente, com o princípio da dignidade da pessoa humana. Novos valores jurídicos se centralizaram no ordenamento brasileiro minimizando a importância das proteções patrimoniais para focar na dimensão humanista e nos direitos de existência do sujeito, dentre estes sujeitos de direito, encontra-se o idoso.

A Constituição Federal de 1988 não foi generalista quando tratou dos direitos do idoso, ela reconheceu formalmente o dever do Estado, da família e da sociedade em amparar as pessoas idosas, garantindo-lhes à vida como direito fundamental, à sua participação na atividades da comunidade, respeitando e defendendo sua dignidade e bem-estar<sup>47</sup>.

No campo da legislação infraconstitucional, existem duas leis importantes no tocante à proteção e à autonomia da pessoa idosa no Brasil. A primeira delas é a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que, dentre outras providências, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. A segunda, por seu turno, é a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que trata sobre o Estatuto do Idoso.

A Lei 8.842, de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº1.948, de 3 de julho de 1996, teve como principal finalidade, consoante o seu art. 1º, garantir os direitos sociais do idoso, instituindo condições para promover o seu poder de autonomia, sua integração e participação na sociedade de forma efetiva. A referida lei considerou a pessoa idosa, todas aquelas maiores de 60 (sessenta) anos<sup>48</sup>.

Além de fazer expressa menção à autonomia do idoso, a referida Lei n.º 8.842 estabeleceu como política nacional princípios de que todos têm o dever de assegurar ao idoso, como principal agente e destinatário, direitos de cidadania

---

<sup>47</sup> A Constituição Federal de 1988 foi a primeira Constituição Brasileira a conceder especial proteção à pessoa idosa ao longo dos seus dispositivos, como exemplo, têm-se o artigo 230. “Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.”

<sup>48</sup> A Lei n.º 10.741/ 2003. Logo no primeiro artigo estatui: Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

com plena participação na comunidade, “defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”; que o processo de envelhecimentos deve ser objeto de informação; que o idoso não deve sofrer nenhum tipo de discriminação (art.3º, 1994).

Somente em 2003 o Estatuto do Idoso foi aprovado através da Lei nº 10.741, estabelecendo normas com a finalidade de gerar uma dilatada participação e maior inclusão de idosos na sociedade, ademais estabeleceu de forma discriminada direitos e garantias para aqueles acima de 60 (sessenta) anos, prevendo sanções para os que não cumprissem ao normativo de proteção à pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso garante em seu texto o direito à autonomia da vontade do idoso como parte integrante do direito ao respeito, consoante disposto em seu art.10, §2º “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais” (BRASIL, 2003), em conformidade com o art1º, III da Constituição Federal, o qual atribuiu à dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil.

Visto de outro passo, todo aquele que usurpa a liberdade privada da pessoa idosa está atentando contra a sua dignidade, em comportamento contrário ao ordenamento jurídico vigente no país.

Naide Pinheiro (2016), ao interpretar o artigo 10, § 2º do Estatuto do Idoso (2003) considera que a partir deste dispositivo não resta outro entendimento senão o de que o idoso possui as suas próprias vontades, e não é porque ele se encontra acima da faixa etária dos 60 (sessenta) anos que deva subjugar-se a vontades de outros.

Corroborando com o artigo 10, § 2º do Estatuto do Idoso (2003) , do artigo 17 do mesmo diploma dá mais uma prova que o legislador proveu ampla liberdade ao idoso, mantendo-o como senhor do seu destino, desde que não seja acometido por alguma doença que o incapacite de declarar conscientemente seus desejos. O referido artigo trata sobre a escolha dos tratamentos de saúde que o longo vivo poderá se submeter.

O artigo 17 do Estatuto (Lei 10.741/2003) destaca que se a pessoa idosa estiver no domínio das suas faculdades mentais possui plena liberdade de

escolher o tratamento de saúde que lhe aprouver, que acredite ser o mais favorável na sua concepção, ou inclusive, se não desejar nenhum tratamento, a sua liberdade deverá ser respeitada, por sua família, pela sociedade, e pelo Estado.

A proteção à pessoa idosa deve ser disposta de forma que o idoso se sinta livre para a realização de seus atos, autônomo na sua vontade privada e digno no papel que representa na sociedade. Nenhuma norma que expresse proteção poderá sucumbir à impossibilidade de liberdade, autonomia e dignidade.

Não obstante, caso o idoso encontre-se em situação de vulnerabilidade, quando desrespeitados ou violados os seus direitos em razão da ação ou omissão da sociedade, do Estado ou por abuso da família, do curador, da entidade de atendimento ou em face de sua condição pessoal, o Estatuto do Idoso (2003), no seu art. 43, estabelece que todas as medidas de proteção são aplicáveis.

Cumpra mais uma vez mencionar a questão civilista da personalidade e da capacidade, por ser pessoa natural o idoso possui personalidade, e capacidade de direito. Mas possui capacidade para realizar sozinho os atos da vida civil? Para exercerem direitos e contraírem deveres?

O fato da pessoa se encontrar acima dos 60 (sessenta) anos, por si só, não é limitador da capacidade. De acordo com o Código Civil vigente (2002), o idoso não se encontra elencado no rol de pessoas absoluta ou relativamente incapazes.

O idoso somente perde a sua capacidade plena, tornando-se relativamente incapaz<sup>49</sup>, se for constatado que ele em razão de causa transitória ou permanente não pode exprimir sua vontade de forma livre e consciente, tornar-se pródigo, ébrio habitual ou viciado em tóxico, é o que pode-se apurar da inteligência do artigo 3º do Código Civil Brasileiro (2002).

Partindo-se da questão dos direitos de personalidade, como direitos de existência, confirma-se a tese anterior, de que estes direitos são inerentes à pessoa humana, independentemente da idade, o que basta é o seu

---

<sup>49</sup> Após a Lei n.º 13.505/201 somente os menores de 16 (dezesseis) anos podem ser considerados absolutamente incapazes, por isso a pessoa idosa, pela lei, não poderá ser considerada absolutamente incapaz.

discernimento. Assim, o idoso possui sua liberdade, o que vai vestir, comer, como vai gastar seu próprio salário, com quem vai se relacionar, bem como determinar seus desejos em relação a tratamentos médicos, procedimentos cirúrgicos, dentre outros.

Não há óbices em relação à idade para que uma pessoa possa dizer sobre os seus desejos para o final da sua vida, quais os procedimentos que devem ser ou não realizados.

A adversidade que se enxerga quando se trata da autonomia privada do idoso é quando este por algum motivo igual aos estabelecidos no Código Civil<sup>50</sup> passa a lhe ser imputada a incapacidade relativa e ele não tiver realizado nenhuma diretiva antecipada de vontade<sup>51</sup>.

O primeiro passo a ser dado pela família quando observa que o idoso não se encontra mais capaz de realizar sozinho atos da vida que antes fazia com naturalidade é a ação de interdição para que seja nomeado um curador para realizar juntamente com o longo vivo os atos de disposição de vontade. De acordo com a Lei 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, que revogou parcialmente o Código Civil Brasileiro no que se refere ao instituto das incapacidades, a curatela possui limites, e estes serão considerados em conformidade com as necessidades do interditando<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> São incapazes relativamente segundo o art. 4º do Código Civil: “São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015) (Vigência)

IV - os pródigos.”

<sup>51</sup> Diretivas antecipadas de vontade, vista como documento no qual se expressa os desejos a serem realizados ainda em vida, especialmente, em relação a procedimentos médico-hospitalares, quando a pessoa deixa de ter higidez mental, tema a ser amplamente abordado em tópico posterior.

<sup>52</sup>EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - INTERDIÇÃO - PESSOA IDOSA ENFERMA - CURATELA PARA TODOS OS ATOS DA VIDA CIVIL - NÃO CABIMENTO - ESPECIFICIDADES DO CASO CONCRETO - LIMITAÇÃO AOS DIREITOS DE NATUREZA PATRIMONIAL E NEGOCIAL - RECURSO PROVIDO. 1. A curatela deve se limitar às necessidades da pessoa com deficiência, permitindo o maior exercício possível de sua autonomia, o que impõe a fixação dos limites da curatela, segundo o estado e o desenvolvimento mental do idoso, considerando suas características pessoais, potencialidades, habilidades, vontades e preferências. 2. Se o conjunto probatório não evidencia ser o interditado incapaz para a prática de todos os atos da vida civil, deve ser mantida a sua independência no tocante aos atos relativos aos direitos existenciais. TJMG. Apelação Cível 1.0000.18.080340-5/001 Relator(a): Des.(a) Edilson Olímpio Fernandes. Data de Julgamento: 18/09/2018. Data da publicação da súmula: 24/09/2018.

A interdição do idoso deve ser limitada dentro das suas incapacidades, devendo o juiz que julgar tal ação, autorizar o maior exercício de autonomia possível, é o que determina o art. 1.772 do Código Civil Brasileiro, quando assevera que o juiz decidirá sobre a interdição de uma pessoa, observando as suas potencialidades, devendo levar em conta para a escolha do curador, as preferências e desejos do interditando, bem como a inexistência de conflito de interesses e de influência indevida. Os limites da interdição podem ser auferidos no laudo pericial, que indicará, especificamente, quais os atos que deverão estar sujeitos à curatela (art. 753, § 2º, CPC, 2015).

O curador é figura essencial no processo de interdição, por isto sua escolha deve ser por alguém que atenda a melhor proteção ao idoso, uma vez que o artigo 17 do Estatuto do Idoso (Lei. n.º 10.741/2003), estabelece que cabe ao curador, a opção de tratamento médico ao idoso, quando ele for interditado e somente aos familiares, quando da inexistência de curador ou quando aquele não puder se conseguir entrar em contato em tempo hábil<sup>53</sup>.

Pode-se dizer que a Lei 13.146/2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, veio amparar o idoso no que se refere a sua autonomia privada de vontade, pois embora seja sabido que a incapacidade apresentada no Código Civil sempre fora destinada a atos patrimoniais, é fato que o instituto da interdição, rotineiramente, nas demandas judiciais e no dia-a-dia dos interditados, acabava por mascarar os direitos de personalidade, e em especial, os direitos de existência. A referida lei (13.146/2015), trouxe ampla proteção à pessoa idosa para com o respeito pelos direitos de personalidade, quando for capaz de discernir os efeitos e as consequências dos seus desejos neste quadrante.

Segundo Naide Pinheiro (2016, versão on line), a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015) a interdição, instituto pelo qual se destruía a personalidade do interdito, se transformou em um instrumento de “ efetiva proteção e suporte a quem realmente precisa de apoio e apenas na medida dessa necessidade”, a autora continua dizendo que o novo disciplinamento da

---

<sup>53</sup> Cabe ao médico, segundo o art. 17 do Estatuto do Idoso fazer a escolha pelo tratamento de saúde ao idoso, quando este encontrar-se em iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta ao curador ou à família. Devendo o médico comunicar ao Ministério Público sua escolha, quando não se apresentar curador ou família do idoso.

interdição “ passa a ser um processo que visa a descobrir exatamente para quais tarefas o indivíduo não tem aptidão de desempenhar sem a cooperação de terceiros”. Portanto, a autonomia do idoso deve ser resguardada nos limites da sua incapacidade, a curatela não poderá recair em aspectos da vida do interditando-idoso sobre os quais ele ainda possui pleno discernimento.

Repetindo-se que os direitos de personalidade são íntimos, são inerentes à própria existência, propulsores da dignidade da pessoa idosa. Não será qualquer incapacidade, mesmo que haja interdição, que retirará do idoso sua capacidade de autonomia sobre os atos de sua existência, nas palavras de Naide Pinheiro (2016, versão on line) ao tratar acerca da interdição da pessoa idosa afirma que “no processo de interdição não pode alijá-lo do controle de aspectos de sua vida não afetados pela incapacidade” desde que de nenhuma forma interfira na sua dignidade.

Portanto, as informações sobre doença, prognóstico, tratamento, procedimentos devem ser informados ao idoso, atendendo aos princípios da bioética, e somente através da manifestação de sua vontade consciente, sem qualquer tipo de pressão é que a equipe médica poderá atuar. Os idosos deverão encontrarem-se embasadas nos seus princípios e valores e o profissional deverá respeitá-los.

#### **6.3.4 Autonomia da vontade da pessoa com deficiência**

Qual deverá ser o procedimento médico quando uma pessoa deficiente diz no consultório médico que não deseja realizar qualquer tratamento fútil, e que sua pretensão é uma morte digna?

Primeiramente, deve ser esclarecido que pessoa deficiente é aquela, segundo consta no artigo 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015), que possui impedimento de longo prazo, em um ou vários aspectos, físico, mental, intelectual ou sensorial, e que por conta desta dificuldade, há empecilho de participar plena e efetivamente da relações sociais em igualdade de condições com os demais indivíduos.

Retomando, mais uma vez, ao instituto da incapacidade, o Código Civil de 2002 estabeleceu no seu artigo 3º como absolutamente incapazes para o exercício da vida civil: todos os menores de 16 (dezesseis) anos, os que por

deficiência mental ou enfermidade não tivessem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil, e as pessoas que, em razão de causa transitória ou não, não pudessem exprimir sua vontade.

No mesmo diploma supracitado, o seu artigo 4º, traçou o rol dos que deveriam ser considerados relativamente incapazes a certos atos ou a maneira de os exercer: os maiores de 16 (dezesseis) não e menores de 18 (dezoito), os ébrios e os viciados em tóxicos habituais, os pródigos e os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo.

Portanto, as incapacidades foram graduadas na falta do total discernimento ou na sua redução, tendo como finalidade precípua a proteção do patrimônio, já que a vontade do titular, poderia comprometer a sua própria subsistência. O legislador protegeu o patrimônio da pessoa com deficiência e ao mesmo tempo, não foi claro quanto aos seus direitos de existência.

Contudo, o Código Civil de 2002 sofreu consideráveis alterações nos artigos 3º e 4º, por conta da entrada em vigor da Lei 13.146/2015<sup>54</sup>, intitulada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência ou Estatuto da Pessoa com Deficiência<sup>55</sup>. A Lei n.º 13.146/2015, reduziu os absolutamente incapazes somente para a questão etária e quanto aos relativamente incapazes conservou os ébrios habituais, os pródigos, os viciados em tóxico, e acrescentou os que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade. Assim, estabeleceu capacidade plena para os deficientes que pudessem exprimir, de alguma, forma, sua vontade.

Pode-se afirmar que a Lei 13.146/2015 constituiu três categorias de pessoas com deficiência: a) aquela plenamente capaz, b) a que necessita de uma decisão apoiada e c) a que precisa de curatela.

Portanto, se o deficiente é físico ou sensorial para exercer a sua autonomia privada de vontade e realizar, por exemplo, as suas diretivas

---

<sup>54</sup> Com base nos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 2007 a Organização das Nações Unidas – ONU, editou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que foi assinada e ratificada pelo Brasil, e passou a ter o status de Emenda Constitucional por força do §3º art. 5º da Carta de 1988, no âmbito nacional, pode-se dizer que aprovação da Lei 13.146/2015 foi fruto da referida Convenção e das lutas incansáveis das pessoas com deficiência na tentativa de assumirem o controle de suas vidas e da busca por condições iguais.

<sup>55</sup> A Constituição Federal do Brasil utiliza a expressão “pessoa portadora de deficiência”, contudo esta expressão foi abandonada internacionalmente, porque a pessoa não porta a deficiência, o que ocorre é que a pessoa está deficiente, com deficiência (ALESXANDRO FEIJÓ; TAYSSA PINHEIRO, 2020)

antecipadas de vontade, basta que sejam rompidos os obstáculos de sua deficiência, isto é, se for cego, que possa falar e gravar ou escrever em braile, ou se for surdo, que apresente a linguagem de sinais e filme, ou o faça perante testemunhas, o importante, é poder passar a mensagem, já que não há um meio formal para exercer a autonomia privada de vontade, nem mesmo para a realização das DAVs como será melhor explanado adiante (JUSSARA MEIRELES, 2017).

Quando a deficiência é física ou sensorial a autonomia da vontade dificilmente é questionada, em face da possibilidade, muitas vezes, de por si só realizar os atos cotidianos e patrimoniais da vida civil, não há dificuldade de integração e nem de entendimento nas relações sociais.

No caso da pessoa com deficiência mental ou intelectual, a gravidade da incapacidade não é a mesma para todos, há uma gradação, pois é possível que algumas pessoas, embora com uma certa deficiência mental e incapaz para os atos patrimoniais, possa ter discernimento quanto aos direitos de existência, situação que deverá ser analisada caso a caso. Segundo Jussara Meireles (2017), o grau de deficiência poderá ser leve, moderado e grave, no caso de ser comprovado, por exemplo, que pessoas deficientes mentais ou intelectuais tenham discernimento para compreender e entender o mundo que o cerca não há qualquer razão para caracterizar incapacidade. Este é o verdadeiro sentido da lei das pessoas com deficiência, a inclusão.

Faz-se necessário nos casos de deficiência mental ou intelectual<sup>56</sup> averiguar a escala da incapacidade, para não proteger excessivamente e deixar sua liberdade e autonomia nas mãos de outrem, nem deixar de amparar quem precisa.

Portanto, nos casos de deficiência deve ser considerado a situação na qual a pessoa tenha possibilidade de exprimir sua vontade, de forma livre e

---

<sup>56</sup> Embora o artigo 25 do Estatuto da Pessoa com Deficiência mencione deficiência mental e intelectual, na Psiquiatria os termos são utilizados como sinônimos e a própria lei não os diferencia, importando mesmo apenas o grau de deficiência. De acordo com o Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais, a pessoa com deficiência intelectual ou, também, denominado, transtorno do desenvolvimento intelectual possui um atraso global, possui “déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência”, de forma que a pessoa não consegue atingir níveis esperados de independência e de responsabilidades diárias, “incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade” (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 2014, p.31)



autônoma. A Lei da pessoa com deficiência é bem clara em relação à vida digna, liberdade e autonomia da vontade destas pessoas, afirmando que nenhuma pessoa com deficiência poderá ser obrigada a ser submetida a qualquer intervenção médica ou cirúrgica, ou tratamento ou a institucionalização forçada (art. 11. Lei 13.146/2015).

Nos casos de moderada incapacidade a tomada de decisão apoiada foi uma forma encontrada pela Lei n.º13.146/2015 de estabelecer uma certa autonomia da pessoa com deficiência, sem retirar-lhe totalmente a condução de sua própria vida.

Ao tratar das pessoas deficientes mental e intelectual com certo grau de incapacidade próximo ao grave, Jussara Meireles (2017, versão on line) afirma que:

“a tomada de decisão apoiada só se fará necessária para a eficácia das diretivas se houver manifesta evidência de que a pessoa não tem condições mentais/intelectuais de compreender a situação em que se encontra ou a consequência da sua emissão de vontade antecipada”.

No caso das DAVs, por exemplo, realizadas por pessoa deficiente mental ou intelectual moderado, o apoiador poderá auxiliar.

A capacidade é a regra, a curatela é a exceção, somente em caso de deficiência mental grave, a curatela deverá ser deferida, passando a pessoa com deficiência a ter sua vontade suprimida pela vontade do curador. No entanto, há de se perguntar, o curador pode substituir a vontade do curatelado sobre todos os aspectos da vida, inclusive, os de natureza existencial? O artigo 85 da Lei 13.146/2015<sup>57</sup> torna evidente que não, que a curatela só atinge os atos de natureza patrimonial e negocial. E quem protege a dignidade do direito à morte digna do curatelado incapaz?

Jussara Meireles (2017) entende que há uma incongruência no Estatuto da Pessoa com Deficiência, pois o curador deverá diante de seus múnus público além de proteger o curatelado, proporciona-lhe dignidade até o fim de sua vida, para tanto, a pessoa com deficiência mental e intelectual grave poderá realizar

---

<sup>57</sup> Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto. (BRASIL, Lei n.º13.146/2015)

qualquer tipo de tratamento, excepcionalmente, na forma manifestada pelo seu curador. Para a autora a curatela se estende às questões existenciais, na forma de melhor atender aos interesses do curatelado, tudo respaldado pelo princípio bioético da beneficência.

Na verdade, o que se percebe é que o legislador tenta desassociar a questão mental da incapacidade, que pode ser de todas as ordens, de uma questão existencial, na qual a pessoa com deficiência poderá ter discernimento para tratar. A ideia é que se necessariamente houver curador, deve ser com cautela, porque os atos de existência, no caso da pessoa com deficiência, não estão abrangidos, se houver um mínimo de discernimento quanto a eles.

Jussara Meireles (2017) ainda afirma que o curador poderá, com a autorização judicial, fazer uso de diretivas antecipadas de vontade para qualquer eventualidade, em nome de seu curatelado, permitindo ou não intervenções cirúrgicas, tratamentos outros que apenas sirvam para prolongar o sofrimento do curatelado. Ademais, se o curatelado se encontrar em um estado de deficiência mental ou intelectual após a vida adulta, é possível reunir seus valores, crenças e desejos de como enfrentar a morte quando em estado de terminalidade.

Discutir questões existenciais do curatelado pelo curador não parece ser o propósito definido pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, que preza pela individualidade na diversidade, pois o propósito é o de que a pessoa com deficiência se autodetermine, de lhe ser assegurado o exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

Somente, no caso de impedimento, a regulação de sua vida se daria por curador, através de ação judicial, na qual o juiz, por ocasião da sentença estabelecerá os limites do curador para seu curatelado, observando, a concretude do caso. Na maior parte das vezes, as decisões judiciais não têm tratado sobre as questões de direito da personalidade, apenas de que o curador tem como limites do seu encargo as questões de natureza patrimoniais do seu curatelado<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE INTERDIÇÃO - LEI Nº 13.146/15 - DEFICIENTES - MANUTENÇÃO DA PLENA CAPACIDADE CIVIL - NOMEAÇÃO DE CURADOR - POSSIBILIDADE - ASSISTÊNCIA NOS ATOS DE NATUREZA PATRIMONIAL E NEGOCIAL - INCONSTITUCIONALIDADE DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - TESE AFASTADA. RECURSO PROVIDO EM PARTE.  
- Nos termos da Lei nº 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), ainda que um indivíduo seja considerado deficiente (físico, mental, intelectual ou sensorial), não será afetada a sua plena

Portanto, expôs-se que o juiz poderá deferir e dizer até onde a vontade do curador deverá substituir a vontade do curatelado, proporcional às suas necessidades, neste sentido, quem poderá consentir com a recusa para tratamento ou intervenção cirúrgica? O Estatuto leva ao parágrafo único do artigo 11<sup>59</sup>, que dispõe que a pessoa com deficiência, submetida a curatela, poderá ter a vontade suprida para intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada, de acordo com a lei. Mas, qual é a lei? A lei que trata sobre a curatela é o Código Civil, no seu art. 1.775<sup>60</sup>, inclusive, designando uma ordem de preferência ao juiz, destinando em primeiro lugar o cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, pai ou mãe, descendente que se demonstrar mais apto.

O EPCD no seu artigo 85, § 3º, apresenta uma ordem de preferência para a nomeação da curadoria da pessoa com deficiência pelo juiz : a pessoa que tenha vínculo familiar, afetivo ou comunitário, que em nada revoga o artigo do Código Civil Brasileiro supra, apenas aumenta as possibilidades da curadoria para melhor proteger o paciente terminal com deficiência.

---

capacidade civil, o qual manterá o direito de exercê-la, em igualdade de condições com as outras pessoas.

- Havendo constatação de que no caso concreto é efetivamente necessária a proteção extraordinária ao deficiente, poderá ser nomeado um curador, o qual, todavia, só atuará nos atos relativos às questões patrimoniais e negociais, mantida a capacidade e a autonomia do curatelado para os demais atos da vida civil.

- A Lei nº 13.146/15 teve por objetivo permitir às pessoas com deficiência o exercício dos direitos fundamentais, com dignidade e igualdade de condições com os demais cidadãos, não restringindo o exercício dos direitos relativos à capacidade, mas sim ampliando sua abrangência, em total compatibilidade com a previsão da Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, não havendo que se falar em inconstitucionalidade. TJMG. APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0000.18.114216-7/001 - COMARCA DE BELO HORIZONTE - APELANTE(S): CELIA CECILIA DE JESUS LOPES REPDO(A) P/CURADOR(A) ESPECIAL - APELADO(A)(S): LUCIA PROCOPIO LOPES. Relator Elias Camilo. Data de Julgamento 14/03/2019

<sup>59</sup>Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

Parágrafo único. O consentimento da pessoa com deficiência em situação de curatela poderá ser suprido, na forma da lei, (EPCD, 2015) .

<sup>60</sup> Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito.

§1 ºNa falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.

§ 2 ºEntre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

§ 3 ºNa falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador.

## **7 LACUNAS LEGISLATIVAS E CONFUSÕES INTERPRETATIVAS QUANTO A PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPEUTICAS ATUAIS**

Tratar sobre a aplicação do direito à morte digna ao tempo certo<sup>61</sup> em pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais envolve duas questões iniciais. A primeira questão: a da inexistência de uma legislação específica vigente no Brasil que trate sobre a morte digna, como forma de condução legislativa para dirigir comportamentos da equipe médica, do paciente, da família e, do julgador. Há projetos de lei que se avolumam no Congresso Nacional com discussões que se desenvolvem no tempo, sem perspectiva de aprovação iminente.

O que há de norma que possam respaldar, de alguma forma a morte digna, pelas diretivas antecipadas de vontade são as Resoluções do Conselho Federal de Medicina(CFM) que se cercam de conceitos e determinações sobre Ortotanásia (Resolução 1.805/206), Diretivas Antecipadas da Vontade (Resolução 1.995/2012) e Recusa do Paciente para a realização do tratamento (Resolução 2.232/2019) e a Resolução n.º41/2018 do Ministério da Saúde

Cita-se, também, como o Código Civil, que institui regras acerca de capacidade, contratos, direitos da personalidade, responsabilidade civil, e que combinadas comportam uma análise jurídica acerca da ponderação de princípios e efetivação da autonomia da vontade dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas e reponsabilidade do profissional da medicina em razão da imposição de suas ações ao paciente em terminalidade .

O Código Penal atual, por sua vez, se aventura a criminalizar práticas que limitem a vida, seja através de condutas comissivas ou omissivas, no caso de eutanásia, sem que seja expressamente tipificada, ou o auxílio ao suicídio, naquelas mesmas condições, entretanto, tramita, no Congresso Nacional o anteprojeto do referido Codex sendo expreso quanto a criminalização da eutanásia e negando que a prática da ortotanásia como crime.

E uma segunda questão: a confusão e a falta de uniformidade de interpretação em relação aos conceitos que envolvem morte digna ao tempo certo quando os processos chegam ao judiciário brasileiro, uma vez que o

---

<sup>61</sup>A expressão “no tempo certo” faz parte do próprio conceito do ortotanásia, a morte natural, sem antecipação, nem prorrogação.

judiciário ainda confunde eutanásia com ortotanásia, retira do idoso autonomia e tem dificuldades em homologar uma diretiva antecipada de vontade em juízo.

Portanto, tendo em vista que a legislação infraconstitucional não possui uma legislação clara e específica sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais e apenas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina expressam sobre as condutas praticadas em relação a estes pacientes.

Quais medidas tomadas pelo Congresso Nacional, existem Projetos de Lei em tramitação sobre as diretivas antecipadas de vontade? Qual legislação penal e civil que devem ser aplicadas para efetivação da morte digna? As Resoluções do CFM são suficientes para fundamentar a morte digna no paciente terminal? Qual é o teor das Resoluções? E os Tribunais como julgam? É o que se analisará adiante, observando as contradições e imprecisões da legislação e dos julgados.

## 7.1 AS MEDIDAS DE TENTATIVA DE LEGALIZAÇÃO DA MORTE DIGNA AO PACIENTE TERMINAL: OS PROJETOS DE LEI

No âmbito federal, há muito tempo se cogita na edição de normas regulamentando a ortotanásia e a eutanásia, tanto na área cível, quanto na criminal.

Embora os projetos de lei datem de 2000, a discussão maior, no Poder Legislativo, transcorre mesmo desde 2008, especialmente, com a proposta de alteração do Código Penal, tendo como finalidade: excluir de ilicitude, a ortotanásia.

Atualmente tramitam na Câmara dos Deputados projetos com alteração do Código Penal: o Projeto de Lei 6.715/2009, originário do Senado (PLS n. 116/2000), de autoria do Senador Gerson Camata, em comunhão com ele são analisados os Projetos de Lei n. 3.002/2008, dos Deputados Federais Hugo Leal e Otávio Leite, PL n. 6.544/2009, do Dr. Talmir e Miguel Martini e PL n.º 5008/2009, novamente do Dr. Talmir, no entanto este tem como objeto a vedação de suspensão de cuidados paliativos a quem estiver em estado vegetativo persistente.

Em 13/03/2008 foi apresentado pelos Deputado Hugo Leal e Otavio Leite Projeto de lei n.º 3.002, que possui como finalidade regulamentar a prática da ortotanásia no Brasil, definindo como ortotanásia a “suspensão de procedimentos ou tratamento extraordinários, que têm por objetivo unicamente a manutenção artificial da vida de paciente terminal, com enfermidade grave e incurável”. O próprio projeto apresenta o que deveria ser entendido como procedimento ou tratamento extraordinário: aquele “não usual e cujo objetivo é prolongar artificialmente a vida”, prevê a permissão do médico para a prática da ortotanásia, desde que fosse por requerimento expresso do próprio paciente ou do seu representante legal e ainda especifica procedimentos de análise do pedido por junta médica.

A justificação do projeto de lei foi a de que com o avanço tecnológico o prolongamento da vida poderia manter-se indefinido, o que poderia não ser o desejo do paciente.

Em 07/04/2009 o Deputado Talmir apresentou o Projeto de lei n.º 5.008/2009, cuja ementa era a seguinte: “Proíbe a suspensão de cuidados de paciente em Estado Vegetativo Persistente”, aquele em que as funções fisiológicas continuam existindo, porém, sem estado de consciência, enquadrando os sujeitos ativos em crime de maus tratos. Em 15/04/2009 a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados determinou o apensamento deste projeto ao PL3.002/2008.

Analisado pelo Relator da Comissão de Seguridade Social e Família o PL 3.002/2008, que teve como Relator o Deputado José Linhares, o referido PL foi aprovado, tendo o relator manifestado contrariamente ao PL 5.008, argumentando que a ortotanásia não deve ser confundida com a eutanásia, que a primeira trata-se de “uma prática que pretende apenas respeitar a evolução natural do ciclo da vida, assegurando ao paciente o mínimo de conforto e dignidade”, e ainda completa afirmando que “a simples manutenção da vida de forma artificial muitas vezes torna-se fonte de sofrimento tanto para o paciente quanto para sua família. As medidas extraordinárias utilizadas podem representar um fardo para as pessoas envolvidas”.

Antes de continuar a exposição sobre o desenvolvimento dos Projetos de Lei, faz-se uma reflexão de que a intenção do Projeto 3.002/2008 que trata sobre a ortotanásia é o de evitar o prolongamento da vida infinitamente e se se

apresenta um projeto (5.008/2009) vedando que este fato não se dê com paciente em EVP, para quais pessoas se destinariam o primeiro projeto, somente aos pacientes lúcidos? Os pacientes em estado vegetativo persistente serão os que mais terão garantias da ortotanásia com a futura lei. O Relator do Projeto de lei n.º 5.008/2009 confundiu eutanásia com ortotanásia, perfeitamente perceptível quando na justificação do projeto alega que a retirada de suporte é um desrespeito à vida.

Acertado o pedido em 06/10/2009 do Deputado Talmir PV/SP de realização de um Seminário<sup>62</sup> para discutir e debater Eutanásia e *Hospices*-Centros de Cuidados Paliativos, justificando seu requerimento na relevância que se deveria ter com os cuidados com a vida e a saúde da população, afirmando que a “eutanásia representa atualmente uma complicada questão de bioética e biodireito, pois enquanto o Estado tem como princípio a proteção da vida dos seus cidadãos, existem aqueles que, devido ao seu estado precário de saúde, desejam dar um fim ao seu sofrimento antecipando a morte”. Asseverou ainda o referido Deputado que o tema é considerado por demais controverso, contudo, com o tempo a sociedade evolui e seus valores mudam.

Em 02/12/2009 novo Projeto de Lei é apresentado pelo Dep. Talmir, o PL 6.544/2009, que dispunha sobre cuidados devidos a pacientes que se encontrem em fase terminal de enfermidade, e em 09/12/2009 a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados determinou, também, o apensamento ao PL 3.002/2008 e em 21/01/2010 todos os PL aqui mencionados foram apensados ao PL 6.715/2009, originário do Senado Federal (PLS n. 116/2000).

A Comissão de Seguridade Social e Justiça, por seu Relator, Deputado José Linhares, entendeu que dos projetos apensados, o PL n.º 5.008/2009, destoava um pouco dos demais, enquanto os demais buscavam regulamentar a suspensão de cuidados extraordinário, este objetivava proibir a suspensão de cuidados ordinários em pessoas que encontravam-se em EVP. Contudo, observava que se amoldavam na essência, dito isso, propôs uma emenda

---

<sup>62</sup> Para realização do Seminário indicou Daniel Novaes - Assessor Jurídico do Conselho Federal de Medicina, Rodolfo Acatauassú Nunes - Representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Elias Fernando Miziara- Diretor de Comunicação da Associação Médica Brasileira, José Miranda de Siqueira - Mestre em Direito e Especialista em Bio Direito, Abner de Cássio Ferreira - Representante do Conselho Nacional dos Pastores do Brasil e a Sra. Allison Davis – Society for the Protection of Unborn Children, Inglaterra.

substitutiva para agrupar da melhor maneira as várias proposições em uma só. O referido Deputado considera que projeto original, proveniente do Senado tem como finalidade apenas alterar o Código Penal, e de forma bem resumida, sem adentrar na relevância que comporta o tema, especialmente, os limites que estabeleçam a prática da ortotanásia.

Assim, o substitutivo do PL 6.715/2009, relatado pelo Dep. José Linhares, modifica-se na ementa de “Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia”, para: “Dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade”.

O que se observa é que o substitutivo do PL 6.715/2009 é um novo projeto de lei, totalmente diferente daquele do qual teve origem, o PLS originário tratava sobre a alteração do art. 136 do Código Penal, descriminalizando qualquer conduta aplicada a paciente terminal que deixasse de ser feita, se era por meios desproporcionais ou extraordinários, após o consentimento do paciente ou de seu representante, e na sua falta, o cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. O substitutivo, sai da esfera penal para a cível, numa proposição totalmente dissemelhante da inicial.

Há uma visível descontinuidade e desordem em relação aos projetos de lei que tratam das matérias supracitadas.

O substitutivo do PL 6.715/2009 diz que a lei se dirige a pacientes que se encontrem em terminalidade e em sofrimento, esclarece termos como: paciente em fase terminal de enfermidade (enfermidade avançada, progressiva e incurável); cuidados paliativos (medidas que promovem a qualidade de vida dos pacientes e o alívio do sofrimento); cuidados básicos, normais ou ordinários (cuidados necessários e indispensáveis à manutenção da vida e da dignidade de qualquer paciente); procedimentos e tratamentos proporcionais (proporcional aos resultados esperados); procedimentos e tratamentos desproporcionais; médico assistente (médico responsável pela assistência ao paciente) e junta médica especializada (formada por no mínimo dois médicos, sendo um especialista no caso do enfermo e outro psiquiatra) e possibilita, após a solicitação do paciente terminal, ou de seu representante e depois do parecer da junta médica, a limitação ou suspensão pelo médico que lhe assiste de procedimentos e tratamento desproporcionais ou extraordinário.



Segundo o substitutivo supra o médico deve informar ao paciente diagnóstico, prognóstico e modalidades terapêuticas existentes, além de alternativas para controlar a dor. Somente são suspensas as medidas extraordinárias após a solicitação do paciente (que poderá ser revogada a qualquer tempo), o parecer da junta médica, o diagnóstico emitido pelo médico assistente e possíveis aconselhamentos feitos, quando deverão ser registrados no prontuário médico do paciente. O substitutivo ainda trouxe a descriminalização àqueles que deixarem de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários ao paciente, acrescentando um novo artigo ao Código Penal Brasileiro, o 136-A.

Ainda ficou faltando muito no substitutivo do projeto, omissões como o paciente em estado vegetativo persistente, ordem a seguir em relação à revogabilidade, capacidade para definir a suspensão; melhor explicação quanto à forma, pois somente o prontuário médico poderá gerar certa insegurança.

Atualmente, o PL 6.715/2009 encontra-se na Comissão de Finanças e Tributação (desde 04/07/2019).

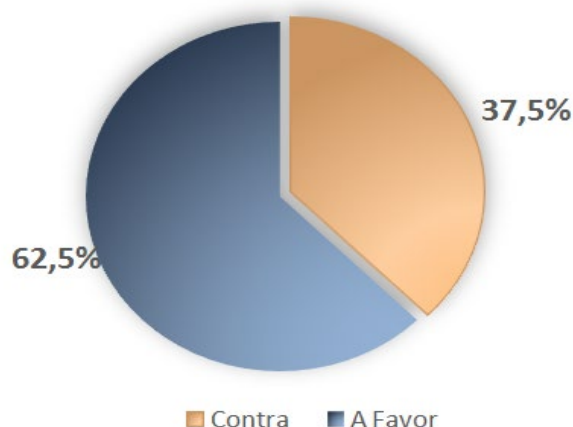
No Senado Federal, também, tramitam projetos que tratam sobre os direitos dos pacientes em serviço de saúde, trata-se dos Projeto de Lei n.º 7, 149, 267, todos de 2018. Em 08 de agosto de 2018 o autor do Projeto n.º 267, Senador Paulo Rocha, requereu a retirada definitiva da matéria. Antes, porém haviam os projetos n.º 79/2003, 101 e 130/2005 e 524/2009, que encontravam-se em tramitação conjunta, contudo estes arquivados com base no art. art. 332 do Regimento Interno do Senado<sup>63</sup> e do Ato da Mesa nº 2, de 2014.

No período de 01/03/2010 a 31/03/2010, por conta do Projeto de Lei 524/2009, o Senado fez a seguinte enquete: Qual a sua opinião sobre a proposta da ortotanásia, que permite ao doente terminal decidir sobre a suspensão dos procedimentos médicos que o mantêm vivo? (PLS 524/09), onde contou com a votação de 6.076 pessoas, no qual a grande maioria (62,5%) foi a favor.

---

<sup>63</sup> O art 332 do Regimento Interno do Senado estabelece que ao final da legislatura todas a proposições em tramitação no Senado serão arquivadas, salvo se os Senadores autores ainda permaneçam no exercício, se forem apresentas no último ano do mandato, as com parecer favoráveis das comissões, que tratem de matéria privativa de cada casa do Congresso Nacional e as que tiverem pedido de sustação de processo contra Senador em andamento no Supremo Tribunal Federal, (BRASIL, SENADO, 1970).

Gráfico 3 - Opinião sobre a proposta da ortotanásia



Fonte:

O Projeto de Lei n.º 7/2018, de autoria do Senador Pedro Chaves, isenta do crime de omissão a falta de instituição de suporte de vida, alterando o Código Penal, bem como ou a não realização de tratamento médico ou qualquer procedimento que tenham sido recusados pelo paciente, alterando a Lei 6.437/77, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelecendo sanções. A justificação do projeto está na diminuição dos conflitos entre os pacientes e o serviço de saúde, prezando pela informação adequada aos pacientes sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico de sua enfermidade, lhes garantindo direitos.

Basicamente o referido Projeto de Lei assegura aos pacientes nas suas relações com profissionais de saúde atendimento acolhedor, sem discriminação, por profissional habilitado e identificado, devendo receber informações claras e esclarecimentos sobre a sua condição de saúde, inclusive, relatório escrito sobre diagnóstico e tratamento indicado e se este é ou não experimental, bem como acesso ao seu prontuário, sendo todas as informações sobre o seu estado de saúde confidencial (exceto quando sua condição causar risco a outrem), respeitada a sua privacidade e intimidade.

O paciente, de acordo com o Projeto de lei em referência, ainda possui liberdade de consultar outros profissionais de saúde, ter acesso a cuidados paliativos para aliviar seu sofrimento decorrente da doença que lhe acomete, comunicar-se com outras pessoas que não sejam do serviço médico e de requerer que seja gravado em vídeo os procedimentos que nele realizarem no

centro cirúrgico, devendo os equipamentos correspondentes serem implementados em até dois anos após a publicação da lei.

O Projeto de Lei n.º 7/2018, também, estabelece mandado duradouro, de modo a valer quando o paciente estiver incapaz, devendo designar um mandatário por escritura pública, que não seja da equipe médica que lhe trata. Não havendo mandatário, as decisões que porventura deverão ser tomada terão como sujeitos: o cônjuge ou companheiro em franca convivência, pessoa responsável legalmente ou por constituição judicial, parentes, em linha reta ou colateral, até o segundo grau, os mais próximos excluindo os mais remotos, nesta ordem. Por fim, o projeto isente de crime a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento, seja médico ou odontológico que sejam recusados expressamente pelo paciente, ou se não puder por seu representante legal.

Concluído para a relatoria, o relator, Senador Lasier Martins se manifestou pela aprovação do projeto, apresentando emenda no que pertinente ao direito do paciente em receber os vídeos e áudios que tenham sido registrados os exames e procedimentos realizados e o direito de recusa ao tratamento ou procedimento terapêutico prescritos, devendo a recusa informada depender do preenchimento de um documento, seja pelo paciente consciente ou seu representante, quando aquele estiver em incapacidade de julgamento. Não podendo a recusa comprometer agravos para controle de doenças coletivas, nem procedimentos capazes de salvar a vida de paciente civilmente incapaz.

Atualmente, o Projeto n.º 7/2018 aguarda realização de audiência pública, aprovada na Comissão de Constituição e Justiça, na sua 11ª Reunião, ocorrida em 24/04/2019, por iniciativa do Senador Major Olímpio.

O projeto do Senador Pedro Chaves, poderia ter definido de pronto as diretivas antecipadas de vontade, já que tratou do mandato duradouro, embora não tenha especificado com este nome; como perdeu esta oportunidade, o próprio Relator do seu projeto, o Senador Lasier Martins, propôs o Projeto 149/2018.

O projeto 149/2018 de autoria do Senador Lasier Martins, cuja justificativa é a lacuna legislativa existente, tanto para regular as questões éticas do profissionais da saúde envolvidos, quanto a concretização do reconhecimento da autonomia dos pacientes em terminalidade, vista esta como, aquela em

estágio avançado de doença incurável e progressiva ou aquela vítima de grave e irreversível dano à saúde, com morte iminente.

A proposta no Projeto de Lei supracitado possui os seguintes requisitos para a realização das diretivas antecipadas de vontade: pessoa maior e capaz, feita por escritura pública lavrada em cartório, em que declare quais os cuidados ou tratamentos médicos deseja ou não receber quando estiver incapacitado de exprimir sua vontade diante de fase terminal, desde que a abstenção a tratamento sejam desproporcionais, fúteis ou extraordinários, utilizados apenas para retardar o processo de morte. O projeto dispõe também, que o titular das diretivas antecipadas de vontade não poderá se recusar a tratamentos paliativos e se a paciente estiver grávida, nenhuma medida poderá ser tomada para observar suas DAVs, se comprometer o feto.

Embora o Projeto do 149/2018 trate sobre a sua eficácia somente diante de escritura pública, sua revogabilidade total ou parcial poderá se dar a qualquer momento, até de forma oral a qualquer pessoa, inclusive ao prestador dos cuidados à saúde, que deverá registrar no prontuário do enfermo. O que parece ser uma incoerência, uma vez que a única possibilidade de realização da DAV é através do notário e sua revogação poderá ser oral, desta forma haverá mais espaço para descumprimento das DAVs, não apenas negando a vontade do paciente, mas lhe substituindo.

Outra contrassenso no referido Projeto de Lei é o fato do paciente que for admitido no hospital ser informado que se não tiver diretivas antecipadas poderá formulá-las, contudo, se tiver que ser por escritura pública será uma dificuldade para o paciente já enfermo, e aqueles que não possuem recursos suficientes.

Quanto ao direito à objeção de consciência é assegurado ao médico, desde que tenha um substituto, e será considerada lícita a recusa de cumprimento da DAV quando não estiverem de acordo com a deontologia médica; quando a situação, na qual passa o titular da DAV, seja de urgência ou perigo imediato sem acesso às diretivas e quando elas estiverem desatualizadas com o progresso científico no que diz respeito aos meios terapêuticos.

Ao ser encaminhado para a relatoria na Comissão de Assuntos Sociais, a Relatora, Senadora Lídice Mata, propôs uma emenda substitutiva, para,

segundo ela, aperfeiçoar, e retirar dubiedades que cause dificuldades na aplicação da lei.

As modificações do projeto original realizadas pela Senadora Lídice Mata se deram, principalmente quanto ao seguinte: que a terminalidade do paciente deverá ser atestada por dois médicos, nela se incluindo, também, o estado vegetativo persistente; o relativamente incapaz, também, poderá manifestar sua vontade na realização da DAV, desde que seja autorizado judicialmente, verificado o seu discernimento; o procurador dos cuidados com a saúde não poderá ser o médico, nem quem tenha prestado assistência na elaboração da DAV, nem qualquer pessoa que tenha algum interesse econômico na preservação ou na abreviação da vida do paciente.

A emenda substitutiva do Projeto n.º 149/2018, trouxe algo interessante: uma série de procedimentos exemplificativos de possibilidade de recusa aos tratamentos indicados para prolongar a vida, o que possibilita ou lembra ao paciente a solicitação de esclarecimentos sobre cada um para confecção das suas DAVs:

No âmbito das diretivas antecipadas de vontade, o declarante poderá recusar cuidados, tratamentos e procedimentos de saúde que tenham o objetivo de prolongar sua vida biológica, dentre outros, os seguintes: I - reanimação cardiopulmonar; II - respiração artificial; III - nutrição e hidratação artificiais; IV - internação em Unidade de Terapia Intensiva; V - cirurgias que não tenham potencial curativo; VI - diálise; VII - quimioterapia e radioterapia; VIII - antibióticos; IX - demais cuidados, procedimentos e tratamentos sem potencial curativo, (BRASIL, PL 149/2018).

Outros elementos que não constavam no Projeto original do Senador Lasier Martins era a manifestação do declarante sobre doação de órgãos, solicitar o fim da vida no lugar que lhe seja mais adequado e dispor sobre ritos fúnebres, especialmente, cremação e enterro. E realmente, aperfeiçoando o projeto inicial foi a disposição de que as diretivas antecipadas de vontade podem ser realizadas por escritura pública ou por instrumento particular, desde que constem duas testemunhas para validar o ato, além da determinação de criação de um Registro Nacional de Diretivas Antecipadas de Vontade (RENTEV), no prazo de dois anos da vigência da lei. O RENTEV deverá ser interligado aos arquivos do Colégio Notarial do Brasil, no qual as instituições e profissionais de saúde deverão ter acesso gratuito.

Segundo a emenda do Projeto de Lei n.º 149/2018, os profissionais da saúde devem realizar a vontade do outorgante quando as conhecer sobre todas as demais vontades e devem se noticiar ao Ministério Público qualquer violação a ela, seja por parte da família, do procurador ou dos colegas e instituição hospitalar. No caso do profissional da saúde ter prestado esclarecimentos prévios ao paciente para elaboração da DAV, deverá fazer constar o seu nome. As DAVs já realizadas antes da vigência da lei deverão ser revisadas para que obedeçam os termos da nova lei.

O Projeto de Lei 149/2018 encontra-se na Comissão de Assuntos Sociais- CAS, com o novo Relator, Senador Fabiano Contarato, para emitir relatório, desde 08/05/2019.

Ao que parece não há um diálogo entre a Câmara dos Deputados e o Senado Federal, nem dentro das próprias casas, haja vista o número de projetos de lei que tramitam em temas congruentes, com idênticas finalidades, consumindo tempo, sem respostas imediatas à sociedade e dilacerando o dinheiro público.

## 7.2 A EUTANÁSIA, O SUICÍDIO ASSISTIDO E A ORTOTANÁSIA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

O Código Penal Brasileiro é de 1940 e embora tenha havido algumas alterações, nenhuma trouxe modificações em relação aos procedimentos relativos à eutanásia, suicídio assistido e ortotanásia. Portanto, não há dispositivo específico que criminalize ou descriminalize a morte assistida, nem a ortotanásia. Entretanto, apesar de não ser explícito quanto a eutanásia, o referido diploma legal, em face da lacuna legislativa existente, tem aplicado à quem pratica a eutanásia o disposto no §1º, art.121, crime de homicídio privilegiado, quando ocorre em decorrência de ato praticado por relevante valor moral ou social. A depender da forma como o ato foi realizado, poderá responder de acordo com o §2º, art.121(homicídio qualificado).

Assim, no ordenamento jurídico brasileiro, a eutanásia é crime, mesmo sendo um ato realizado por compaixão ou misericórdia. O Código Penal não tipifica expressamente o crime por eutanásia, no entanto, é possível que a interpretação se enquadre perfeitamente no seu artigo 121, § 1º, cuja pena,

neste caso, poderá ser reduzida pelo juiz, de 1/6 para 1/3, lembrando que a pena do caput do artigo 121 é de reclusão de seis a vinte anos (BRASIL, 1940).

É considerado relevante valor moral tudo que se relaciona a um interesse particular, motivado pela piedade, imbuído o sujeito ativo de exterminar com o sofrimento de outrem, diante de um quadro de enfermidade incurável, seja consentido ou não. O sujeito ativo do crime poderá ser qualquer pessoa que se apresente nestas condições: investida de compaixão ou sentimento humanitário e que não queira a morte, mas o fim do sofrimento do enfermo. Admitindo-se a coautoria e participação (DANIELA ALVES, 2013).

Segundo Daniela Alves (2013, versão on line) no caso da eutanásia passiva ela é um delito próprio, somente o médico pode ser sujeito ativo porque somente ele pode suspender os procedimentos terapêuticos. Posição que diferente da que pode ser encontrada na presente pesquisa quando foi considerado que a eutanásia passiva era a omissão, por terceiros, de realizar procedimentos necessários à sobrevivência do paciente terminal, a pedido dele, sendo, portanto, o terceiro médico ou não.

Para quem comete o suicídio assistido, a pena é mais branda no Código Pena Brasileiro, conforme o disposto no seus artigos 122, se instiga ou induz ou presta auxílio para que o faça, a pena de reclusão é de dois a seis anos, se o crime é consumado. Observe-se que o tipo penal que interessa à situação do paciente fora de condições terapêuticas atuais, é o auxílio ao suicídio, que pode ocorrer com a entrega de uma droga ou material ao paciente, que sem esta ajuda não conseguiria executar o ato.

Quanto a ortotanásia, não há pena prevista, nem tampouco interpretação que indique que seja crime o paciente em terminalidade possa morrer naturalmente, sem que profane o seu corpo em homenagem às tecnologias médicas.

Realmente, os institutos da eutanásia passiva e da ortotanásia são muito próximos no caso concreto. Enquanto a eutanásia passiva é a omissão de procedimentos por um terceiro com o intuito de abreviar a vida do paciente em condições de doença terminal incurável, a pedido dele e considerada homicídio privilegiado, como se viu, a ortotanásia é a limitação de procedimentos terapêuticos inúteis ao paciente em terminalidade e/ou incurabilidade, mas com

o objetivo de apresentar conforto ao paciente, reconhecendo que a utilização de certos procedimentos não é benéfico ao paciente.

Caso, por exemplo, seja configura a falta de administração de certos medicamentos, por exemplo, com o objetivo da prática da ortotanásia, quando aqueles forem considerados inúteis ao tratamento, a família poderá pensar diferente e argumentar que a prática fora a de eutanásia passiva, sendo assim, a conduta estaria tipificada como de “homicídio ou auxílio ao suicídio ou ainda atípica” (WILDNEY SCHMALTZ, 2016, versão on line).

Assim, para que as condutas acima sejam expressamente tipificadas, evitando que parem dúvidas quanto à sua criminalização e para que haja uma atualização do Código Penal Brasileiro de acordo com as diretrizes da sociedade moderna tramita um anteprojeto para um novo Código Penal e nele a eutanásia e a ortotanásia ganham acentos.

Em 27 de junho de 2012 uma Comissão de Juristas entregou a revisão do anteprojeto do novo Código Penal Brasileiro (PL 236/2012) ao Senador José Sarney, à época Presidente do Senado Federal<sup>64</sup>. A ortotanásia passa a ser regulamentada e a eutanásia expressamente tipificada, constituindo esta crime ao seu autor que em virtude de não ter suportado o sofrimento físico do enfermo, imputável e maior e a pedido deste lhe abreviou a vida, caput do art.122,do Anteprojeto. A pena passa a ser de prisão de 2(dois) a 4(anos) anos, pena mais branda do o que a atual tipificada como crime de homicídio privilegiado.

O anteprojeto do Código Penal revisado, foi mais longe no parágrafo primeiro do artigo 122, em caso de situações de prática de eutanásia a pedido do paciente, imbuído o executor por piedade ou compaixão, desde que seja este ligado ao paciente em estado terminal, imputável e maior, por estreitos laços de afeição, poderá o juiz deixar de atribuir a pena, se avaliar que a morte praticada pelo agente com as características descritas foi para aplacar o sofrimento físico insuportável à pessoa pela qual nutria afeto. Neste caso o juiz terá que aferir as

---

<sup>64</sup> Uma Comissão especial de juristas entregou no dia 27/06/ entregou ao Presidente do Senado José Sarneil o documento no qual foi elaborado o anteprojeto do novo Código Penal, o texto consta de propostas que modernizam a legislação que é de 1940, com pequenas alterações ao longo do tempo. Por quase oito meses, quinze juristas trabalharam na elaboração do anteprojeto, (COMISSÃO ... 2012).



situações de cada caso, analisar se as características e individualidades da conduta comportam o perdão judicial.

O suicídio assistido continua punível, entretanto, desde que tenha as mesmas características dos parágrafos primeiro e segundo do artigo 122, o anteprojeto aplica os mesmos dispositivos acima comentados.

No que se refere a ortotanásia no anteprojeto do Código Penal, veio como excludente de ilicitude, no parágrafo segundo do art. 122. Considerando de real importância destacar a ortotanásia sob o enfoque criminal, evitando o quadro de insegurança jurídica pela omissão do Código Penal em vigor, uma vez que este não apresenta condições de anunciar uma abordagem segura da prática da ortotanásia, face a inexistência de uma disposição definida quanto ao tema, nem incrimina, nem permite, o que não acontece no anteprojeto.

No anteprojeto acima referido, a ortotanásia é expressa considerando que não será considerado crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, desde que para tanto haja consentimento do paciente ou, na sua incapacidade, de seu cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão. Não fica claro no anteprojeto se há um benefício de ordem entre os parentes sobreviventes para anuência da prática da ortotanásia, o que dificulta e torna possível e evidente futuras ações judiciais. Além do que o dispositivo não menciona a vontade anterior do paciente, quando encontrava-se plenamente capaz.

Entretanto o anteprojeto<sup>65</sup> limita as possibilidades da prática da ortotanásia e atribui-lhe certos requisitos para que não haja confusão com a eutanásia: morte iminente e inevitável atestada por dois médicos, mediante consentimento do paciente ou de um representante. Observa o princípio da intervenção mínima, reduzindo a esfera do Direito Penal àquilo que realmente importa e deva ser prevenido, os princípios da legalidade, proporcionalidade e humanidade, como corolário do princípio da dignidade da pessoa humana (LUIS MASSOLLA, 2012).

Portanto, o paciente deverá inequivocamente consentir que os procedimentos para prolongar sua vida não sejam tomados, ou na sua

---

<sup>65</sup> O PL 236/2012 encontra-se na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara do Senado Federal (desde 07/02/2020),, com o Relator Senador Rodrigo Pacheco

incapacidade, ou se não tiver deixado sua vontade de forma expressa, as demais pessoas relacionadas pelo dispositivo, promovendo a ortotanásia a medidas humanitárias relacionadas à dignidade do sujeito.

Claus Roxin (2006, p.202) assegura que frequentemente pessoa idosa e próxima à morte recusa tratamento em Unidade Intensiva, por isso nos casos de omissão ou suspensão de medidas terapêuticas que apenas prolonguem a vida, deve ser considerada a vontade do paciente e não criminalizar a conduta daquele que não o tratou por simples respeito à sua vontade, pois para ele o princípio mais importante é aquele que diz: “quem decide é só o paciente”<sup>66</sup>. Claus Roxin cita o caso do penalista Peter Noll, que recusou a operação para tratar de um câncer. Nesta perspectiva do autor segue a mesma linha de raciocínio proposta pelo Anteprojeto do Código Penal Brasileiro.

O limite entre a eutanásia passiva que é punível e a ortotanásia, não punível deve ser levado em conta a suspensão do tratamento desnecessário, que imponham medidas extraordinárias, conforme a vontade da pessoa doente. Caso a prática seja de omissão de medidas ordinária, com o intuito de antecipar a morte, o crime é de eutanásia, crime por omissão. Diferentemente, se a conduta não alivia, não cura apenas protela o sofrimento e a dor, a omissão dos procedimentos não será considerada crime, observando que o responsável pela omissão independe que seja médico ou terceiro, tenha ou não grau de relação de parentesco com o paciente, lembrando que em ambos os casos o intuito será o desejo de aliviar seu sofrimento.

No campo jurídico, há uma imensa relevância na configuração do fato para que se possa apontar como criminoso ou não, assim, na prática da ortotanásia deve ficar evidente que o sujeito não tinha como fim atingir o bem jurídico vida e sim fazer com que a morte ocorra no seu curso natural, com o menor sofrimento possível e com o maior conforto.

O objetivo do profissional médico que interrompe um tratamento, quando este é inútil é diminuir o sofrimento do seu paciente que não possui possibilidades de cura, bem diferente de alguém que age suprimindo a vida de alguém, sem considerar qualquer tipo de benefício que a morte possa lhe trazer

---

<sup>66</sup> Claus Roxin faz uma apreciação jurídico-penal da eutanásia, conforme a realidade da Alemanha, de acordo com o BGH, Tribunal Federal de Justiça, mais alta corte do sistema ordinário de jurisdição ordinária da Alemanha. Luís Greco foi o tradutor deste artigo.

(JOÃO MARTINELLI, 2015). Afinal, o médico não pode ser responsabilizado quando se abstém de prescrever tratamentos se é impossível a cura do paciente.

Maria Elisa Villas-Boas (2008) afirma que não é uma situação fácil, admite que é comum que a defesa da ortotanásia acaba passando, também, pela defesa da eutanásia passiva, ao ponto de se afirmar que qualquer omissão e suspensão de suporte artificial, seja útil ou inútil ao paciente, considerando ou não a intenção de por fim à vida do doente, deveriam ser consideradas lícitas e não atos de eutanásia, deveriam ser consideradas com exercício regular da medicina.

Por outro lado Renato Marcão (2005, versão on line), afirma que o anteprojeto não pode, de nenhuma forma, considerar lícito o homicídio praticado nas circunstâncias indicadas pelo anteprojeto do Código Penal dizendo que seja ortotanásia, pois esta, segundo ele, não passa de um artifício “homicida; expediente desprovido de razões lógicas e violador da Constituição Federal, mero desejo de dar ao homem, pelo próprio homem, a possibilidade de uma decisão que nunca lhe pertenceu.” Para o referido autor, a eutanásia e a ortotanásia não encontram fundamentos nos princípios sociais e morais.

O fato é que o Direito Penal deverá tratar a ortotanásia como um tipo permissivo, sem responsabilização penal nem de médicos, e nem de familiares, uma vez que os mais “recentes diplomas normativos ligados à ética-médica entende a ortotanásia como medida lícita, ética e recomendada” e que até o prolongamento da morte possui limites (LUIS MASSOLLA, 2012). Realizar um tratamento que não possui nenhum efeito benéfico não pode ser considerada uma boa prática profissional.

E nenhum médico é obrigado a iniciar ou continuar um tratamento que não terá resultado, apenas prolongar inutilmente o processo de morrer, depois de ter feito tudo que era possível para proporcionar a cura, é prolongar o sofrimento, é atentar contra o princípio da dignidade da pessoa humana. Depois do diagnóstico de uma doença incurável, na qual o paciente, anui com a ortotanásia, o momento é de tratamento paliativos, de cuidar da pessoa do doente e não da doença, salvo outro entendimento, que é o do próprio paciente, aplicando os princípios bioéticos.

Autores como Luciana Santoro (2011) e Maria Elisa Villas-Boas (2008) são taxativos ao considerar que não é necessária uma legislação para descriminalizar a ortotanásia por não ser ela considerada crime no Brasil.

Luciana Santoro (2011) revela que é desnecessária a menção expressa da ortotanásia na norma, em razão da ausência de responsabilidade penal do médico. Caso o procedimento seja pela ortotanásia, este se encontra amparado pela não configuração de crime, pois se o médico não poderá salvar o paciente em estado terminal, há carência da capacidade de agir, exigida nos crimes por omissão, ademais, submeter o enfermo a um tratamento desumano para apenas prorrogar sua vida é contrário ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Maria Elisa Villas-Boas (2008), entende que vendo a ortotanásia como conduta médica restritiva, de indicação ou não indicação médica de tratamento, não se traduz em crime perante a legislação criminal atual brasileira, ademais quando está fundamentada na ausência da intenção de matar do médico (*animus necandi*), e do consentimento do paciente ou de seus familiares. No entanto, a fim de evitar quaisquer dúvidas em relação a prática da eutanásia passiva e a ortotanásia é conveniente que a norma seja específica, apresente os requisitos para que seja verificado mais facilmente sua atipicidade.

Tendo em conta que o anteprojeto do Código Penal ainda não foi aprovado, continua a sociedade brasileira em plena situação de insegurança jurídica no que se refere a prática da ortotanásia, afetando os próprios pacientes, seus familiares, a equipe médica e a própria sociedade.

### 7.3 A MORTE DIGNA NA LEGISLAÇÃO CIVIL INFRACONSTITUCIONAL

O homem primitivo se cercava de crenças quando enfermo sobre os fenômenos da natureza, sobre os maus espíritos e os bons e não entendia o conceito de morte como um fenômeno natural. A trepanação, abertura do crânio para retirar os maus espíritos constituiu uma das primeiras etapas para o desenvolvimento e construção da medicina científica (LOGAN CLENDENING, 1951).

E embora com todo o desenvolvimento que se cerca hoje a medicina, ainda há uma estreita relação com o profissional da medicina e o sobrenatural, com o viver em decorrência da intervenção médica e o morrer em razão dela. O

seu caráter e personalidade, não pode ser diferente na hora de morrer, a dignidade deve se fazer presente.

Analisando os dispositivos do Código Civil que são aplicáveis à morte digna, pode-se verificar que através de seus dispositivos é possível validar a recusa de tratamentos médicos, bem como responsabilizar o profissional da medicina por não ter cumprido as disposições antecipadas de vontade.

No referido diploma legal há permissão, no seu artigo 15, às pessoas que gozem de plena capacidade poderão recusar tratamento médico de risco ou intervenção cirúrgica, (BRASIL, CCB, 2002).

É possível afirmar que por si só o artigo 15 do Código Civil Brasileiro consagra o respeito à autonomia da vontade do paciente fora de condições terapêuticas atuais, apresentando como meio o consentimento informado. Neste artigo a legislação civilista apresenta um limite ao profissional da saúde, de que não pode atuar sem autorização daquele que seria o beneficiário do tratamento ou da intervenção cirúrgica.

A recusa a tratamento ou a intervenção cirúrgica poderá ser realizada de forma oral ou escrita, bastando, conforme o art. 104 do mesmo diploma legal, que o agente seja capaz, o objeto seja lícito e forma prescrita ou não proibida em lei, portanto, a intenção das partes é condição para a existência e validade do que for estabelecido<sup>67</sup>, portanto vedado qualquer tipo de internação compulsória<sup>68</sup>.

Assim, pode-se prever que no retorno ao médico após os exames prescritos, ele poderá apresentar três diagnósticos ao paciente e com os seguintes tratamentos: que ele ficará saudável após a medicação prescrita, que para ele ficar saudável necessita de uma cirurgia ou um tratamento prolongado ou que sua doença é incurável, mas ficará em tratamento, prescrevendo cirurgia ou não, ou tratamentos inúteis ou experimentais, ou cuidados paliativos.

Assim, o dever de informação é do médico, mas a escolha do tratamento, especialmente quando ele implique em risco de morte, é realizada pelo paciente,

---

<sup>67</sup> Como até o presente momento as normas que definem os requisitos das diretivas antecipadas de vontade, não há o que se falar apenas em recusa escrita.

<sup>68</sup> É possível a internação compulsória em decorrência de transtorno mental e em casos de doenças contagiosas, já que o Estado deverá, em nome da saúde de todos, afastar o infectado. No Brasil o governo editou a Portaria Interministerial 5/2020, apresentando medidas compulsórias por conta do corona vírus (REGRAS..., 2020).

pois segundo o art. 15 do Código Civil (BRASIL, CCB, 2020), é o paciente quem tem o poder de avaliar os prós e os contras, se é importante passar pelo risco de morte, que não necessariamente deve ser provado cientificamente ou ter natureza física, ou recusar-se ao tratamento. É o paciente quem decide acerca da oportunidade e conveniência do procedimento terapêutico.

Para que a recusa do tratamento médico seja eficaz é imperativo que o paciente seja maior (18 anos) e capaz (higidez mental), caso não seja caberá ao seu representante legal a decisão acerca da conduta a tomar. É recorrente nos tribunais brasileiros, situações nas quais os pais imprimem uma conduta de recusa, e o Ministério Público, instituição que zela pelos incapazes, ajuíza ações junto ao Poder Judiciário para que, de forma compulsória o tratamento indicado seja concretizado.

O referido artigo 15 do CCB assegura a autonomia da vontade do paciente, não podendo nem médico, nem seus familiares sobrepor sua vontade (CCB, 2002). O Código Civil Brasileiro além de legislar sobre um dos direitos do paciente garantindo-lhe o direito de se recusar a determinado tratamento ou intervenção cirúrgica, ainda valorizou os princípios da autonomia da vontade, da beneficência e da não-maleficência (MÁRIO DELGADO, 2010).

Mário Delgado (2010) afirma que o dispositivo codificado deverá ser interpretado restritivamente, “não podendo jamais priorizar a liberdade do paciente em detrimento à vida, que tem primazia constitucional”, afirma que o direito à vida é tido como linha mestra e possui precedência sobre os demais direitos. Este não é o entendimento de Luciana Dadalto (2015), que dispõe que o direito à vida é constitucional, assim como o é princípio da dignidade da pessoa humana.

Asseverar que o direito à vida encontra-se no topo de uma ordem de preferência é julgar, por si só, o art. 15 do CCB como inconstitucional, o que não é, desmerecer a integração entre princípios constitucionais para o caso concreto, em razão não só do princípio da dignidade da pessoa humana, e de todos os demais princípios que lhe seguem, como o da autonomia, da liberdade, da solidariedade, da igualdade.

Mais uma vez, Mário Delgado (2010) interpreta o art.15 do CCB de forma restritiva, segundo o autor, o referido artigo somente poderá ser observado em duas condições: a) se o tratamento ou intervenção cirúrgica

implicar em risco de vida e b) se a intervenção não for a única forma de salvar a vida do paciente. Há de se discordar do autor pelo seguinte, primeiro, que, em razão da autonomia da vontade, o paciente, poderá recusar a cirurgia em razão de risco de vida por motivos psicológico, religioso, não necessariamente científico ou físico. Segundo que, se fosse para salvar a vida do paciente, mesmo sem o seu consentimento, restaria letra morta tal artigo do Código Civil, não teria razão de ser.

O objetivo do artigo 15 do CCB é garantir ao paciente uma liberdade mínima ao seu próprio corpo, não sendo ele obrigado a seguir um tratamento porque assim determina o protocolo da medicina, esteja ou não fora de condições terapêuticas atuais. O paciente pode acreditar apenas na sua fé, e isso não é desmerecer a ciência, algumas vezes é insipiência e outras são os valores pessoais que precisam ser respeitados.

Os casos de urgência e emergência, não devem ser confundidos com o enunciado do art. 15 do CCB, quando não há tempo de identificar se vontade do paciente é consciente ou de fazer uma avaliação psicológica para verificar sua capacidade mental, situações aquelas nas quais o médico deve se cercar de todo zelo e cuidado para prover procedimentos aprendidos durante sua formação para salvar vidas.

O médico será sempre o fio condutor do paciente durante a evolução de sua enfermidade, é ele quem avaliará a enfermidade e seu agravamento, a possível cura e possível morte, já que todos estes aspectos fazem parte da condição humana, contudo, além de seguir corretamente os preceitos estudados e os que regulamentam sua profissão, observar os princípios bioéticos que repercutem na sua prática.

No mundo atual, e com todo o avanço tecnológico, evidentemente há sempre um exame mais sofisticado do que outro para diagnosticar a doença e promover a cura, por isso o médico não poderá se furtar de dar ao paciente informações que ele compreenda, como também, deverá respeitar a vontade do paciente, afinal ele é um profissional incumbido no preenchimento de uma relevante função dentro da sociedade e sua conduta deve encontrar-se atrelada ao exercício da profissão e seus Regulamentos.

Da mesma forma que responde civilmente o médico que não tiver perícia quanto ao tratamento indicado ao paciente e por conta dele causar-lhe

a morte ou agravar-lhe o mal, causar-lhe alguma lesão ou mesmo inabilitá-lo para o trabalho, responderá quando não acatar o consentimento informado do paciente, seja prorrogando-lhe o sofrimento ou não respeitando o seu desejo por uma morte sem os artefatos desnecessários da ciência.

Ao médico serão impostos reparos indenizatórios em decorrência do exercício profissional por negligência, imperícia e imprudência é o que dispõe o art. 951 do Código Civil (BRASIL, CCB, 2020). Assim, o fato do médico não realizar tratamento médico adequado para os casos de urgência e emergência, pode ser considerado negligência o que importa em sanções cíveis. A ideia é reparar ou compensar os danos sofridos em razão de uma conduta. Da mesma forma o médico que não atender as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou de seu representante legal, responderá pelos danos morais e, até materias (prolongamento de tempo hospitalar, por exemplo) causados.

O dano causado ao paciente ou a família do paciente decorre de um fato antijurídico em razão de descumprimento de deveres do médico seja de aconselhamento, cuidado, abuso de poder, erro técnico culposos, seja o dano patrimonial ou extrapatrimonial, quando a violência encontra-se no desrespeito à autonomia da vontade do paciente, o dano é extrapatrimonial.

O dano patrimonial ou dano material é o que causa destruição de um bem com valor econômico. O dano moral ou extrapatrimonial é aquele que viola algo que não poderá ser substituído, que não há como retornar para o estado anterior em razão das lesões sofridas, “por não ter caráter simplesmente pecuniário, diz respeito a direitos de personalidade, como direito à vida, integridade moral, integridade física e integridade psíquica” (FERNANDA AMARAL, 2012, p.48)

Os pressupostos gerais para imputar a responsabilidade civil são três : a conduta do agente, a relação entre a conduta praticada e o dano e a culpa (por negligência, imprudência ou imperícia). Maria Helena Diniz informa que são pressupostos para que se considere a responsabilidade civil: a existência de uma ação, seja comissiva ou omissiva; um dano moral ou patrimonial causado à vítima e o nexo de causalidade entre o dano e a ação (2017).

No caso do dever do médico de indenizar a vítima/paciente que sofreu por conta de sua conduta deverá ser verificada a culpa, pois a relação médico-paciente é disciplinada não só no Direito Civil, mas também, no Direito do



Consumidor, por tratar-se de relação consumerista, na qual o profissional liberal responde mediante a verificação da culpa, isto é, subjetivamente (art. 14, § 4º, CDC, 1990)<sup>69</sup>. No caso dos pacientes fora de possibilidade terapêutica atual, é dever do médico empregar todos os meios e esforços para dar mais qualidade de vida ao paciente, sempre atentando à sua vontade.

Quando o paciente encontra-se fora de possibilidades terapêuticas atuais, a demonstração de sua vontade e a efetivação desta se torna importante para que se configure a sua dignidade, até os últimos dias de sua vida. No caso do paciente desejar que o profissional da saúde pratique a ortotanásia, a fim de que sejam adotados somente cuidados terapêuticos para diminuir seu sofrimento, e esperar a inevitabilidade da morte, sem a realização de procedimentos inúteis, assim deverá ser o procedimento. Portanto, não cabe ao médico desconsiderar as DAVs, se manifestadas pelo paciente.

Portanto, nada impede que o médico seja responsabilizado civilmente por ter assumido uma postura que desrespeita a autonomia do paciente e o desejo de seus familiares, causando sofrimento e dor moral, diante da desconsideração da vontade de um paciente lúcido e consciente de seu estado de terminalidade, já ineficiente qualquer tratamento conhecido pela ciência médica (JOSÉ GIFONI, 2006).

A responsabilização médica, também, deverá ocorrer quando o médico não acata a vontade da pessoa que substitui a vontade do paciente, quando este encontrar-se sem orientação, incapaz de declarar sua vontade.

Para Vanessa Vincenzi e Alan Provin (2018) é dever do médico acatar o consentimento informado do seu paciente ou do responsável por ele designado, com exceção dos casos emergenciais, sob pena de responsabilidade civil ante o descumprimento das DAVs, preservando sua autodeterminação, bem como sua dignidade, porque as diretivas antecipadas de vontade servem como instrumento do paciente para exercer sua autonomia e é uma forma de fazer

---

<sup>69</sup> Ressalta-se que os hospitais e todas as instituições públicas e privadas de saúde são considerados fornecedores de serviços, de acordo com o artigo 3º do CDC, e como fornecedores respondem por danos causados aos pacientes, independentemente de culpa, respondendo objetivamente, conforme tenham oferecido um serviço defeituoso (art 14, CDC), (BRASIL, CDC, 1990).

valer seus desejos para situações futuras, especialmente, quando não puder mais exprimir sua vontade.

A responsabilidade civil do médico diante da desobediência das DAVs apresentadas pelo paciente faz com que haja um descumprimento de uma obrigação imposta juridicamente ao médico, no sentido de preservar a autonomia da vontade daquele, desde que não cause danos de forma voluntária ou não fira a lei expressa.

O que deve ser buscando sempre é o bem estar do paciente, do início ao final da vida, por isso a atividade médica decorre de responsabilidades contratuais (procedentes do contrato entre médico e paciente), legais (as decorrentes da lei) ou éticas (impostas pelo Código de Ética Médica), no sentido de exercer da melhor forma possível os princípios que a bioética lhe atribuiu. Pode-se dizer que o médico tem como dever jurídico originário o de fornecer a melhor qualidade de vida ao paciente e como dever jurídico não violar o seu dever originário. Têm-se como dever jurídico do médico aqueles que fazem parte de sua obrigação no exercício profissional.

Assim, quando o médico deixa de cumprir com as DAVs manifestadas pelo paciente que deseja a ortotanásia por exemplo, ocorre o primeiro requisito para que seja conferida sua responsabilidade civil por dano moral<sup>70</sup>: a conduta, pois ofendeu o direito de liberdade e de autodeterminação do indivíduo, proporcionando um dano físico e/ou psicológico, submetendo o paciente a tratamentos inúteis ou degradantes sem qualquer eficácia (VANESSA VINCENZI; ALAN PROVIN, 2018). Com a constatação do dano sofrido pelo paciente e a recusa do médico em cumprir as suas diretivas antecipadas de vontade fica demonstrado o nexo de causalidade e a culpa como elemento subjetivo é apurada considerando a voluntariedade da conduta do profissional em se contrapor as DAVs, sem que estivesse se configurado situações de urgência ou emergência, ou as ressalvas da obrigatoriedade do tratamento, ante a possibilidade de cura<sup>71</sup>.

---

<sup>70</sup> “Dano moral é tudo aquilo que molesta gravemente a alma humana, ferindo-lhe gravemente os valores fundamentais inerentes à sua personalidade ou reconhecidos pela sociedade em que está integrado”, (YUSSEF CAHALI, 1998, p. 20).

<sup>71</sup> A legitimidade para propor ação que violam direitos de personalidade contra o médico e/ou hospital é do próprio paciente. No caso do paciente vir a óbito a legitimidade para propositura da ação caberá, segundo o art. 12 do CCB, ao cônjuge sobrevivente, ou qualquer parente em linha reta, ou colateral até o quarto grau (BRASIL, 2002).

Pode-se observar o dano a partir da violação da integridade psicofísica do paciente, violação do princípio da igualdade, uma vez que o médico conduz o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais a idênticas terapias daqueles que têm doenças curáveis, desconsiderando a condição de desigualdade, cujo tratamento requerido era de cuidados paliativos, refletindo, diretamente na sua autonomia e, conseqüentemente, na perda da sua dignidade (CECÍLIA MARREIRO, 2013).

É importante frisar que a responsabilidade civil pelo dano moral à vontade do paciente não se realiza apenas pelo desejo do enfermo pela ortotanásia, mas também, pela distanásia, o importante é o conteúdo das diretivas antecipadas de vontade, sem ferir a ordem vigente. Entretanto, pode-se destacar, como norma suplementar, em nível estadual a Lei 10.241, de 1999, do Estado de São Paulo, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde, especialmente, no art. 2º “são direitos dos usuários de serviços de saúde no Estado de São Paulo: [...] XXIII- recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para prolongar a vida; [...] XXIX- optar pelo local da morte” (SÃO PAULO, Lei Nº 10.241, 1999).

Em termo de legislação estadual, recentemente a Assembleia Legislativa paulista havia aprovado o Projeto de Lei n.º 231 /2018 que garantia ao paciente com doença terminal grave e incurável aceitar ou recusar tratamentos ou interrompê-los.

No entanto, o Governador do Estado, João Dória, vetou o projeto supracitado baseado nas seguintes razões: que o Estado legisla sobre saúde de forma supletiva, para preencher eventuais lacunas diante de uma normatização federal, que há a Resolução n.º41/2018 do Ministério da Saúde que dispõe sobre a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS e que o CFM possui competência para supervisionar e fiscalizar o exercício da profissão do médico, inclusive, já tendo editado a Resolução n.º1995/2012 que dispõe sobre diretivas antecipadas de vontade dos pacientes e por fim, que no âmbito estadual, já existe a Lei n.º 10.241/99 que prevê consentimento e recusa do paciente ao tratamento de forma livre diante de uma adequada informação, de forma que os atos normativos no Projeto de Lei já existem, garantindo pleno

---

tratamento humanizado aos pacientes com doença ameaçadora da vida (SÃO PAULO, 2019).

A Resolução do Ministério da Saúde a qual o Governador de São Paulo se referiu é a de n.º 41/2018, publicada no dia 23 de novembro de 2018 no Diário Oficial da União (DOU) que estabelece diretrizes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre os cuidados continuados integrados, conferindo importância aos cuidados paliativos que deverão ser ofertados pela rede pública de saúde, fazendo parte tal medida de políticas públicas a serem desenvolvidas numa perspectiva de assistência integral à saúde no Brasil, apresenta conceito de cuidados paliativos, quais são as pessoas elegíveis para receberem<sup>72</sup>, seus objetivos, princípios norteadores e a recomendação de que devem ser ofertados em todos os pontos de atenção à saúde, especialmente, a atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência e atenção hospitalar.

Assegurar que o início dos cuidados paliativos seja o mais precoce possível para melhorar a qualidade de vida, promovendo o alívio do sofrimento em todos os seus âmbitos (psicossocial, espiritual e existencial), afirmar a vida e aceitar a evolução da doença e a morte como um processo natural, oferecendo o máximo de autonomia possível ao paciente, inclusive, cumprindo suas diretivas antecipadas da vontade fazem parte dos princípios que norteiam os cuidados paliativos postos na Resolução do Ministério da Saúde. O regulamento, também, apontou como princípios o suporte multidisciplinar de oferecimento de apoio à família do paciente, como o enfrentamento da doença e do luto, sempre, seja em relação ao paciente ou a sua família, zelando por informações verdadeiras e apresentadas de forma empáticas com o momento vivido (BRASIL, 2018).

A referida Resolução dentre os vários motivos enumerados para que pudesse ser aprovada, cita a Resolução CFM n.º 1.806/2006, que trata sobre permissão dada ao médico em suspender procedimentos e tratamento inúteis ao doente em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, atendendo a

---

<sup>72</sup> Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Parágrafo único: Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição ( art. 2º da Resolução n.º 41/2018)

vontade do paciente e de sua família; a Resolução do CFM N.º 1.995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade; a Recomendação da 67ª (sexagésima sétima) Assembleia da Organização Mundial de Saúde(OMS)<sup>73</sup> que imprimem o dever de que cada país fortaleça e implemente políticas de cuidados paliativos e ainda que a população brasileira encontra-se em um processo de envelhecimento, aumentando consideravelmente a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

O Estado do Maranhão recentemente, em 07 de outubro de 2019 publicou a Lei n.º 11.123, estabelecendo diretrizes para a implementação de cuidados paliativos destinados aos pacientes com doenças ameaçadoras à vida, assim também o Estado do Paraná, a Lei 20.091, de 19 de dezembro de 2019, oferecendo atendimento domiciliares e hospitalares para pacientes diagnosticados com doença crônica ou aguda ameaçadora de vida, o que demonstra o início de uma preocupação dos Estados em garantir ao paciente em terminalidade uma morte mais humanizada.

#### 7.4 RESOLUÇÕES DO CFM. O VALOR JURÍDICO DAS RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Conselho Federal de Medicina (CFM) há muito tempo que entende que os pacientes terminais, caso disponham de higidez mental, têm autonomia para interromper o seu tratamento, ou mesmo nem iniciarem, e buscarem uma morte digna. Em 2006 o referido Conselho publicou a Resolução de n.º 1.805, devidamente tratada no adiante, que autorizava a ortotanásia, entretanto o Ministério Público Federal do Distrito Federal (MPF-DF) judicializou tal Resolução, com fundamento de que estaria em desacordo com o Código Penal Brasileiro.

O judiciário concedeu liminar em favor do MPF-DF e a decisão judicial somente teve fim em 2010, quando a dita Resolução retornou à sua aplicação com ganho de causa ao Conselho Federal de Medicina, (JOÃO MARTINELLI, 2015).

---

<sup>73</sup> A Assembleia Mundial da Saúde (AMS) é órgão supremo de decisão da OMS. A sexagésima sétima sessão aconteceu em Genebra, entre os dias 19 a 24 de maio de 2014.

O CFM em 2009 publicou nova Resolução, a de n.º 1.931, aprovando o Código de Ética Médica, cuja vigência iniciou em abril de 2010 com iguais previsões, determinando que o médico deverá proporcionar todos os cuidados paliativos que estejam disponíveis aos seus pacientes, sem empreender condutas terapêuticas inúteis ou obstinadas, preservando e respeitando sempre a vontade do enfermo, ou se não puder exprimi-la de seu representante legal (CFM, 2009).

A finalidade do ato médico segundo João Martinelli (2015, versão on line)) é a de “interromper tratamento ineficaz e reduzir o sofrimento do doente sem chances de cura. Diferente, pois, de alguém que age com fim exclusivo de eliminar a vida da vítima, desconsiderando qualquer benefício que a morte lhe possa trazer”, assim como dispõem as Resoluções do Conselho Federal de Medicina que tratam da temática. Mas estas Resoluções são válidas para toda a sociedade?

O direito positivo estabelece o ordenamento jurídico, um emaranhado de normas impositivas que vigem em certo momento na sociedade, fazendo valer sua obrigatoriedade pela coerção das sanções impostas. O ordenamento jurídico, por traduzir-se em normas que impõem um comportamento através de uma fórmula jurídica tem como função organizar e conduzir a sociedade para que haja maior concordância entre as pessoas, a fim de que a busca pelo Poder Judiciário seja, pelo menos, diminuída. A função básica do ordenamento jurídico é regulamentar, dispondo de preceitos positivos e negativos.

O ordenamento jurídico brasileiro é constituído por normas legislativas (Normas Constitucionais, Leis Complementares, Leis Ordinárias, Medidas Provisórias, Leis Delegadas, Resoluções), por normas consuetudinárias, standards jurídicos, jurisprudências, tratados internacionais, princípios e normas negociais, com vigência em um determinado momento histórico (PAULO GUSMÃO, 2004).

As Resoluções foram supracitadas são as Resoluções Legislativas tidas como normas primárias, porque produzidas para tratar de assuntos internos do Congresso Nacional, diferentemente das Resoluções do Conselho de Medicina, que são ordens prescritas apenas a uma categoria profissional, a de médicos, na forma em que se tratará adiante.

Nas normas constitucionais constam as escolhas fundamentais que devem subordinar a todos, a doutrina apresenta uma classificação para estas normas que passa a ser gênero, das quais os princípios e as regras são espécies. Os princípios norteiam o legislador, o julgador, o profissional do direito, e possuem teor mais abstrato que as regras, “seriam padrões que expressam exigências de justiça”, enquanto as regras teriam aplicação mais imediata (GILMAR MENDES; PAULO BRANCO, 2015, p.72).

As normas são essenciais para que todo um sistema possa ser direcionado e interpretado, conduzindo a harmonia e logicidade de todo o ordenamento jurídico, a diferença entre princípio e regra não se encontra apenas no grau, mas na qualidade e exigência da solução de problemas na aplicação da referida norma ao caso concreto (GILMAR MENDES; PAULO BRANCO, 2015). Dada a sua importância, inclusive, relacionados a garantias e direitos fundamentais, alguns princípios foram positivados na Constituição de 1988 como o princípio da dignidade da pessoa humana, o princípio da liberdade, o princípio da igualdade e o princípio da solidariedade.

Cada princípio tem um sentido. Em situações reais é possível que mais de um princípio possa ser aplicado, ou que se estabeleça, se houver divergência entre eles, qual deverá ser aplicado para o caso em questão, aplicando-se de forma adequada o princípio que mais satisfaz o projeto político da sociedade, em qualquer caso, sempre haverá uma resposta mais correta sob o ponto de vista do direito que o juiz deverá descobrir.

Quando há confronto entre dois ou mais princípios, deverão ser aplicadas as técnicas do tudo ou nada para estabelecer qual se aplica ao caso concreto, pois sempre existirá um princípio que melhor se aplique ao caso, ou como afirma Ronald Dworkin(1999), sempre haverá de existir uma interpretação e consequentemente um julgamento mais correto, mais esperado para o caso concreto, pois o ordenamento jurídico é uniforme, é o que o autor chama de direito como integridade, no qual os princípios de devido processo legal, justiça e igualdade são postos em execução para prover os resultados mais justos.

Nas decisões judiciais nos casos emblemáticos os juízes não aplicam regras, eles lançam mão de *standards* (de normas), eles recorrem aos princípios que empreendem concepções morais, políticas que a sociedade mantém naquele momento.

Para Ronald Dworkin (2005) as regras são postas, não há o que se discutir, estão lá para serem cumpridas, não há discussão interpretativa, ou é ou não é. Diferentemente quando a interpretação se dá em relação a casos difíceis, nos quais os princípios devem ser observados por uma questão de justiça, e quando existem princípios que podem ser interpretados para julgamento de uma mesma realidade, há sempre o mais correto a se aplicar ao caso concreto<sup>74</sup>.

Todo ordenamento jurídico possui uma hierarquia de normas, e o ordenamento jurídico brasileiro não é diferente, os princípios e as regras constitucionais são os que se encontram no ápice da pirâmide normativa, são considerados fundamentais, principal fonte de referência para as demais leis, devendo todas as demais normas, denominadas de infraconstitucionais, lhe observarem e com elas não divergirem.

Enquanto as normas são produzidas no âmbito do Poder Legislativo, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina são editadas, aprovadas e publicadas pelo próprio Conselho Profissional, não deixam de também serem consideradas normas, no entanto o seu alcance não é geral, é restrito aos membros que o integram.

O Conselho Federal de Medicina faz parte da administração indireta do Estado, é uma autarquia federal, dotada de personalidade jurídica de direito público e de autonomia financeira, instituído pela Lei n.º 3.268/57.

A Lei n.º 3.268/57, no seu artigo 5º, alínea d, permitiu que o Conselho Federal de Medicina expedisse suas resoluções, conferindo poderes para disciplinar a atuação ética dos profissionais da medicina.

Não têm portanto, as Resoluções do CFM o poder de legislar no sentido amplo, o seu poder de legislar tem alcance apenas para seus próprios associados. O poder normativo é limitado ao campo de atuação do próprio conselho, desde que não contrarie lei ou não imponha obrigações, proibições e penalidades que não estejam previstas no próprio ordenamento jurídico. O CFM

---

<sup>74</sup> É possível uma visão mais aprofundada acerca da concepção hermenêutica entre princípios e regras apresentadas por Ronald Dworkin em: SIMONI, Rafael. Regras, princípios e políticas públicas em Ronald Dworkin: a questão da legitimidade democrática das decisões jurídicas. Revista Direito Mackenzie, v. 5, n. 1, p. 203-218; GONZÁLEZ, Antonio José Muñoz. Casos difíciles y derecho como integración. (Estudo sobre la teoría jurídico filosófica de Ronald Dworkin). Revista Telemática de Filosofía del Derecho, n. 3, p. 57-66, 1999/2000.



tem competência para fiscalizar o exercício da profissão do médico, bem como supervisionar a ética destes profissionais.

Não resta nenhuma dúvida, no entanto, que as Resoluções do CFM podem influenciar o profissional do direito, afinal a medicina deve contribuir com a sociedade não só cientificamente, mas agregando valores às relações sociais. O Código Deontológico de onde se extraem as Resoluções há muito tempo deixou de ser um documento corporativo, de simples ordenamento de regras. O que se espera, atualmente de estatutos como o Código de Ética Médica, é que eles “ganhem mais espaço e liberdade, no sentido de não focar a relação do profissional com o seu assistido como uma simples conquista do corporativismo” (GENIVAL FRANÇA, 2013, p.33).

A sociedade espera do profissional uma posição atual, condizente com os valores e a realidade, devendo o Código de Ética promover uma prática profissional digna para seus profissionais e coerente às necessidades, de mesma natureza, aos seus pacientes, atualizando suas concepções de acordo com os desafios da sociedade moderna.

Sobre a morte ao seu tempo certo, sem prorrogar a vida de maneira inútil, o CFM não se furtou, as Resoluções 1.805/2006, 1.995/2012 e 2.232/2019 deram passos importantes para tornar o conteúdo dessa discussão tão válida, respeitável e humanitária.

#### **7.4.1 Resolução Nº 1.805/2006 do CFM**

Foi publicada no Diário Oficial do dia 28 de novembro de 2006, a Resolução 1.805/2006 pelo Conselho Federal de Medicina com o objetivo de regulamentar a prática da ortotanásia pelos profissionais da medicina. A ortotanásia vista como procedimentos utilizados em pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais para conceder-lhes mais conforto possível em sua terminalidade.

O CFM motivou a Resolução 1.805/2006 afirmando que a medicina vive um momento de equilíbrio na relação entre médico e doente, que se foram os tempos (até a primeira metade do Século XX) em que cabia ao paciente apenas cumprir as recomendações médicas sem qualquer questionamento e sem que o médico sopesasse os reais sentimentos e crenças dos seus pacientes.

O próprio Conselho Federal de Medicina observou que deve ser evitado o paternalismo, se vive em Estado Democrático de Direito, não se pode mais impor a vontade do médico ao paciente, os tratamentos indesejáveis ou desejáveis, provocando ou não a morte, devem ser discutidos e observada a autonomia privada de vontade do paciente, qualquer que seja, terminal ou não.

Por outro lado, o médico em razão do extremo avanço na tecnologia médica, capaz de adiar o momento da morte se vê obstinado, muitas vezes, a não deixar que o momento final aconteça.

Certo é que ainda existem doenças crônicas incuráveis, com quadros irreversíveis, e que o melhor da arte de medicar seria não impor um sofrimento longo ao paciente, que deve ser entendido pelo profissional que “existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal”, portanto o acompanhamento deve enfatizar a pessoa e não a doença, a missão é a de busca do bem-estar físico e psicológico do paciente, atento à sua vontade (CRM, Resolução 1.805/ 2006).

O médico, segundo a Resolução 1.805/2006, não pode negar a essência humana que é vida e morte e que o mais importante de tudo é a dignidade do paciente, observando suas preferências, sua cultura, sua religiosidade, fazendo com que participe juntamente com sua família sobre seu final de vida, propondo o tratamento mais adequado, adotando cuidados que levem o indivíduo ao maior conforto possível, com qualidade de vida enquanto esta lhe restar, para tanto o diálogo e propostas de alternativas de terapias são essenciais.

A referida Resolução 1.805/2006 permite aos médicos frente à pacientes em enfermidade grave e incurável, em situações de fase fora de possibilidades terapêuticas atuais<sup>75</sup>, suspender ou limitar os respectivos tratamentos agindo apenas conforme cuidados paliativos necessários para o alívio das dores causadas pelo sofrimento, haja vista a conclusão de que tais tratamentos unicamente prolongam o tempo de vida do enfermo, não constituindo mais sua eficiência no combate à doença, desde que esta fosse a vontade do paciente, ou

---

<sup>75</sup> É comum ao invés de se utilizar a expressão “fora de possibilidade terapêutica atual”, utilizar-se paciente terminal, entretanto Maria Júlia Kovács (1998) chama atenção para estigmatização do termo terminal, haja vista a ideia de que tudo está perdido e que não há mais nada a fazer, que o paciente pode ter de si e de tudo o que lhe rodeia. A condição de paciente fora de possibilidade terapêutica é de irreversibilidade da enfermidade, cuja probabilidade de morte é em um tempo, relativamente curto.

diante de sua impossibilidade, a vontade de seus familiares ou representantes legais, observada a assistência integral do paciente (Resolução CFM n.º 1.885/2006).

A prática da suspensão ou limitação de tratamento em pacientes fora de condições terapêuticas atuais tem como fundamento maior após ter o médico diagnosticado o doente como portador de enfermidade em fase terminal as garantias concedidas pela própria Constituição Federal (BRASIL, 1988, art. 1º, III e art. 5º, III), em efetivar a dignidade da pessoa humana e seus princípios gravitadores, bem como não constranger qualquer pessoa a tratamento desumano ou degradante.

A Resolução supracitada também determina que o médico obrigatoriamente faça o devido esclarecimento ao doente ou a seu representante legal informando quais são as modalidades terapêuticas para sua enfermidade, e somente a partir de uma decisão tomada pelo paciente ou seu representante legal pela ortotanásia, devidamente fundamentada e registrada no prontuário médico é que devem ser tomados todos os cuidados necessários para diminuir os sintomas que levem o paciente ao sofrimento, assegurando-lhe assistência integral e conforto (físico, psíquico, social e espiritual), podendo, inclusive, solicitar a alta do hospital (Resolução CFM n.º 1.885/2006).

A alta do hospital, se este for o desejo do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais, permite que ele possa escolher o lugar que lhe seja mais apropriado para seu final de vida.

Ao garantir o direito à informação ao paciente quanto ao seu estado de saúde e suas perspectivas de tratamento, se extrai da Resolução em apreço que a transmissão deve ser de tal forma que promova a compreensão pelas informações recebidas, somente assim é possível que o consentimento livre e esclarecido do paciente, quanto a sua opção pela ortotanásia ou distanásia (prolongamento da vida a qualquer custo) poderá ser válida. E no caso do paciente decidir pela ortotanásia, a decisão deverá ser devidamente fundamentada e registrada no prontuário do paciente.

Observe-se que sob o pilar dos princípios da autonomia da vontade e da dignidade da pessoa humana, a Resolução 1.805/2006 trouxe expressamente “respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal” (Resolução CFM n.º 1.885/2006), pelo que, após ter sido esclarecido sobre a sua enfermidade em

sua totalidade, inclusive, sobre as modalidades terapêuticas adequadas, apenas a pessoa do enfermo ou a figura do seu representante legal seriam os únicos titulares do domínio sobre o corpo e mente do paciente.

Foi de grande importância a aprovação da Resolução para a melhoria do dia a dia não somente dos pacientes, mas também, dos profissionais médicos, uma vez que não trata apenas do direito do paciente de decidir acerca da ortotanásia, mas de ter garantido o seu direito à informação, ocasião em que o médico pode dividir com o próprio paciente suas inquietações, tornar mais fácil tomar decisões, para pôr termo à vida, de forma natural ou não, mas com dignidade. De certa forma para a família, que também sofre, é um alento, saber que o ente querido tem mesmo no final de vida seus desejos realizados, diminuindo assim, os conflitos que poderiam existir no âmbito familiar.

Antes da Resolução 1.805/2006 do CFM, embora conhecendo o sofrimento e a dor pela qual a pessoa estava passando, o médico estava obrigado a prolongar a vida do paciente a qualquer custo. A Resolução em apreço não torna obrigatório ao médico a prática da ortotanásia, mas lhe é permitido, desde que seja o desejo do paciente ou seu representante. Observa-se que a presente Resolução não abordou sobre qual deve ser a conduta do médico e do paciente no caso de discordância entre a vontade do paciente na propositura da ortotanásia e a não aceitação por seu médico<sup>76</sup>.

A mencionada Resolução 1.805/2006 após os esclarecimentos ao paciente acerca das condições e possibilidades terapêuticas, assegura-lhe o direito de buscar uma segunda opinião médica, o que mais uma vez reforça o estabelecimento pela solução mais correta para o caso, segundo a visão do próprio paciente ou do seu representante legal.

O importante é o paciente terminal sentir-se seguro, caso não tenha segurança deverá colher não só a opinião de outro médico, mas de outros, até que esteja convicto e bem informado do seu diagnóstico, possíveis terapias, cuidados paliativos, a fim de que possa direcionar as ações médicas pelas às quais deseja se submeter.

A Resolução 1805/2006 do CFM foi editada atendendo a um novo conceito de saúde fornecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que

---

<sup>76</sup> Em 2019 é publicada a Resolução 2.232 do CRM, que trata sobre a objeção de consciência na relação médico-paciente, que será objeto de análise adiante.

define saúde como perfeito bem-estar do homem em sua totalidade, físico, mental e social (MOACYR SCLIAR, 2007), e não apenas a ausência de doença. Em um contexto inserido no Estado Democrático de Direito em perfeita consonância com o ordenamento jurídico brasileiro e com a Constituição Federal de 1988.

Acerca da aludida Resolução posições controversas quando ao procedimento médico de permitir a morte de pacientes quando não há mais terapia possível de lhe beneficiar, surgiram.

Para Pedro Lessi (2010) os brasileiros deveriam se mobilizar para não deixarem que a prática da ortotanásia se estabeleça, para ele é uma prática criminosa, que atenta contra o direito fundamental à vida e que está sendo legitimado no país.

De lado oposto, em entrevista ao Jornal Medicina, o presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Dom Raymundo Cardeal Damasceno Assis, apoia a ortotanásia, afirmando que a morte não é doença para a qual deve-se achar a cura, que o homem deve estar preparado para a passagem para a vida junto com Deus, e portanto, a ortotanásia é a morte digna, acompanhada de solidariedade e amor (2012).

O Ministério Público Federal do Distrito Federal, por sua vez, ajuizou uma Ação Civil Pública com pedido de tutela antecipada, em 09 de maio de 2007 contra o CFM (Proc n.º 2007.34.00.014809-3), que foi distribuída a 14ª Vara Federal do DF, cujo objeto era promover a nulidade da Resolução 1.805/2006 do CFM (MPF/DF, ACP, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

O argumento da petição inicial do Ministério Público Federal/DF foi o de que o Conselho Federal de Medicina feriu o princípio da legalidade, que não pode inovar originariamente na ordem jurídica, que não pode regulamentar um comportamento afirmando ser ético para médicos, se esta conduta é tipificada como crime no Código Penal Brasileiro, que o direito à vida é inviolável e que, há uma probabilidade da ortotanásia (para ele, inicialmente, sinônimo de eutanásia passiva) ser realizada indevidamente por familiares e médicos. Como pedido alternativo o Ministério Público requereu a alteração da referida Resolução para que fossem definidas as práticas da ortotanásia (MPF/DF, ACP, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

O Ministério Público, na sua peça inicial, se socorre de um contexto histórico, econômico e social quanto ao tratamento de saúde no Brasil, pergunta a quem interessa a morte de pessoas idosas, enfermas, em situação de terminalidade, se aos médicos, se há outros pacientes para tomar-lhes a vaga no leito, ou à família para livrar-se de um “estorvo”.

A preocupação acima não é afeita apenas ao Representante Ministerial, Alexandre Moreira (2007, versão on line), também, afirma que a ortotanásia possui uma série de implicações práticas e bioéticas, como “risco de pacientes internados em hospitais públicos serem constrangidos a aceitar o procedimento para ceder as escassas vagas a outras pessoas com chance de cura”, e ainda argui que o direito à vida é indisponível.

Pensar nas situações da falibilidade humana ou que surja uma nova técnica de cura ao paciente não são argumentos por si só para repelir a ortotanásia, primeiro porque a falha humana poderá ocorrer nas terapias inúteis e desnecessárias ao paciente, impondo-lhe um sofrimento que para ele não seja prazeroso, e para o paciente em terminalidade, não se sabe quanto tempo deverá esperar por esta nova técnica, possivelmente depois que passou por todos os tratamentos que não lhe levariam à cura, mas que impossibilitaram uma qualidade de vida melhor, na espera por técnicas que ainda não haviam surgido.

A Resolução n.º 1.895/2012 representa uma vitória do bom-senso, afinal a vida possui seu fim, apesar de todas as conquistas tecnológicas da atualidade, a vida não tem caráter absoluto, especialmente, quando se trata de paciente em terminalidade, que se deseja representar muito mais pelo princípio da dignidade humana como alicerce para que possa escolher como deseja ser tratado em seus dias finais.

O representante ministerial também apresenta um estudo descritivo da legislação estrangeira sobre a despenalização ou atenuação da pena da prática da eutanásia em países como Uruguai, Colômbia, Costa Rica, Argentina, Peru, dentre outros (MPF/DF, ACP, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

Contudo o Ministério Público Federal na parte inicial da aludida Ação Civil Pública de n.º 2007.34.00.014809-3, dentre todos os países acima citados, considerou a Holanda como país mais emblemático ao tratar sobre a

eutanásia<sup>77</sup>, O MPF pergunta como é possível que as condições para a prática da ortotanásia sejam respeitadas no Brasil? Afirmo no começo de sua exordial que no Brasil o governo não assegura sequer um bem viver ao seu cidadão, e portanto, jamais conseguirá um bom-morrer. E ao final, aduz que o Brasil não é a Holanda, nem a Bélgica, bem como que não há nenhuma celeuma acerca do tema porque a ortotanásia é sim considerada crime no Brasil (MPF/DF, ACP, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

Conclui o MPF do DF que CFM deverá definir critérios objetivos e subjetivos para que o médico possa praticar a ortotanásia, e que somente uma equipe multidisciplinar teria possibilidades de avaliar se realmente o paciente deseja por fim a sua vida, e sempre sob os olhos vigilantes dos órgãos que zelam pelo direitos e garantias individuais: o Poder Judiciário e o Ministério Público.

Por mais surpreendente que possa parecer a demanda interposta pelo Ministério Público, maior surpresa causou a antecipação de tutela concedida pelo juiz da 14ª Vara do DF suspendendo os efeitos da Resolução 1.805/2006.

Na decisão liminar o Juiz Federal Roberto Luis Luchi Demo, também, fez uma verdadeira confusão entre os conceitos de ortotanásia, eutanásia e suicídio assistido, o que provocou uma interpretação desvirtuada acerca da prática da morte digna ao seu tempo. Dispôs o magistrado que a tese trazida pelo CFM na qual afirmava que a ortotanásia não antecipava o momento da morte, mas apenas suprimia recursos extraordinários que adiariam o tempo da morte com sofrimento e angústia tanto para o paciente quanto para sua família, não elidia a conduta do médico que caracteriza-se como crime de homicídio segundo o art. 121 do Código Penal (FLÁVIO TARTUCE, 2007).

O magistrado a quem foi distribuída a ACP supracitada ao constatar que a conduta médica que dispunha sobre a ortotanásia era objeto de um anteprojeto no qual a descriminalizava e colocava a eutanásia como homicídio privilegiado, raciocinou que até então, a ortotanásia era conduta criminalizada,

---

<sup>77</sup> Lembrando que a realização da eutanásia poderá ser realizada na Holanda desde que preenchidas as seguintes condições: realizada por médico a pedido explícito do paciente, sem que haja nenhuma dúvida acerca da vontade de morrer que deverá estar diante de uma doença irreversível que prolongue um sofrimento físico ou mental que torne intolerável o sofrimento, sendo que sua decisão deve ser bem informada, livre e definitiva, comprovação de consulta a outro profissional independente que tenha a mesma opinião, não cumprido tais requisitos que caracterizam a eutanásia permitida, a pena poderá chegar a doze anos.

abrangida pelo art. 121 do Código Penal e que não seria através de um Código de Ética Médica que a ortotanásia poderia ser legislada no Brasil, pois, se existe um anteprojeto descriminalizando a ortotanásia é porque, atualmente, ela é tida como um crime, (LUCIANA DADALTO, 2015).

Ao final da decisão liminar o magistrado concluiu que a ortotanásia não poderia ser regulada após uma Resolução do CFM, ainda que parcela da sociedade médica e outros setores da sociedade clame por ela. Que a ortotanásia deve ser regulada, mediante lei de acordo com os passos legais do processo legislativo no Congresso Nacional, e em casos específicos, na falta desta, o caso deverá ser judicializado, mas não através de uma norma ética (FLÁVIO TARTUCE, 2007).

O Estado Democrático de Direito, expressamente adotado pelo Brasil na Constituição Federal de 1988 (art.1º), tangencia a medida adotada pelo Juiz de primeira instância, Luís Luchi Demo, no que diz respeito a não prezar pelo sentido literal da lei como ocorreu no Estado de Direito clássico, mas da justiça social. Deve sempre ser buscado, principalmente, pelo magistrado, o enquadramento do abstrato à realidade social, a lei não deve ficar numa esfera puramente normativa, deve dar condições de alterar, de modificar e de influir na sociedade organizada. Não pode ser uma lei apenas de arbitragem (AFONSO DA SILVA, 1988).

O CFM, por ocasião de sua contestação demonstrou que estava existindo uma manifesta confusão conceitual por parte do Ministério Público Federal, afirmou que a Resolução em questão não cuidava de eutanásia, nem de distanásia, ou mesmo suicídio assistido, mas de ortotanásia, na qual não se estava requerendo o poder sobre a morte, porque esta seria evento certo, iminente e inevitável, mas a pretensão era para com a ortotanásia, a pretensão era a de promover um final de vida mais confortável ao paciente terminal, o que definitivamente não é considerado crime no Brasil (JFDF, Sentença, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

A defesa do CFM se baseou na fundamentação de que a ortotanásia reside na suspensão dos recursos alcançados pela medicina e suas tecnologias para o prolongamento da vida de pacientes em fase terminal de doenças



incuráveis, entretanto, prestando os devidos cuidados paliativos<sup>78</sup>. Não se qualificando a qualquer tipificação dos crimes codificados na legislação pátria. Rejeitando a decisão judicial ora citada.

A ortotanásia não atinge o sentido de provocar a morte indolor pelo médico (conduta comissiva pelo agente) como a eutanásia, nem tampouco consiste no auxílio para a morte de uma pessoa, que pratica pessoalmente o ato que conduz à sua morte (pelo próprio paciente), como no suicídio assistido. O que há é uma identidade entre a ortotanásia e os princípios da Dignidade da Pessoa Humana e a Autonomia da Vontade, visto que a defesa pela autonomia do enfermo em respeito à sua vontade deve prevalecer ao sentido literal e abstrato, para promover sua morte com dignidade, quando não há condições terapêuticas atuais.

Para Luciana Dadalto(2015), o entendimento de tais conceitos médicos e sua adequação à realidade é de relevância quanto à validade ou não de determinadas disposições do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro, visto que há a necessidade da correlação dessas com a realidade médica e as medidas disciplinares que estabelecem os procedimentos a serem adotados com pacientes terminais, já que o testamento vital é um documento no qual o paciente expressa sua vontade quanto às formas terapêuticas de tratamento.

O CFM ainda discute que, a terminalidade da vida e o processo do morrer precisa ser amplamente discutido em sociedade, pelos profissionais de saúde, enfermos e familiares, uma vez que “conhecimento é poder”. O reconhecimento da importância da qualidade de vida do paciente é mais importante do que a busca incessante pelo prolongamento da vida que pode até consignar prática de tortura. O CFM arrazoa finalmente a ortotanásia como prática terapêutica, garantidora da dignidade do paciente em estado terminal, de sua autonomia e de seus familiares (LUCIANA DADALTO, p.161).

Finalmente, o Ministério Público retrocedeu, apresentando no decorrer do processo alegações, assinadas pela Procuradora Luciana Loureiro Oliveira favoráveis ao CFM, as quais não justificariam a inicial da ACP: a) que o CFM possui competência para regulamentar o comportamento ético de seus

---

<sup>78</sup> denominação mais utilizada na ciência médica para se referir aos cuidados com o paciente que objetivam melhorar a qualidade de vida desse e de sua família, diante de uma doença ameaçadora da vida (LUCIANA DADALTO, 2015, p.36-37)

profissionais e a Resolução n. 1.805/2006 não trata sobre regras do Código Penal; b) que a ortotanásia não pode ser considerada crime de homicídio; c) que a Resolução n. 1.805/2006 trouxe mais transparência aos procedimentos que os médicos realizam em relação aos pacientes fora de condições terapêuticas atuais(JFDF, Sentença, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

A Procuradora Luciana Loureiro (2010, versão on line) foi criticada pela defesa da ortotanásia, Pedro Lessa afirma que “a mudança de postura do Ministério Público ao passar a defender o procedimento da ortotanásia é no mínimo um retrocesso”.

A mídia, também, trouxe aos leitores uma visão equivocada sobre a ortotanásia, no jornal Folha de São Paulo, a jornalista Claudia Collucci (2006), expôs em manchete uma reportagem com o seguinte título: Médico pode limitar ajuda a doente terminal. Deixar de utilizar medidas desnecessárias para o paciente que possui uma doença incurável e tratá-lo com medidas que passem a dar mais conforto à sua sobrevivência não é o mesmo que limitar auxílio.

O magistrado responsável pela suspensão da eficácia da resolução em decisão liminar, reconheceu por sentença que a questão não se tratava de matéria de Direito Penal, não constituindo crime de homicídio a prática da ortotanásia. Vai-se a verdadeira obsessão pela cura e volta-se o enfoque para a qualidade de vida do ser humano, seu bem-estar.

Então, após três anos, em 01 de abril de 2010, o juiz de primeira instância decide por sentença julgar improcedente o pedido do Ministério Público Federal, por constatar que não há ilegitimidade na Resolução CFM n.º 1.805/2006 e que a referida resolução não ofende o ordenamento jurídico posto; pelo contrário, que os médicos devem ser incentivados a esclarecer ao paciente acerca dos procedimentos adotados ou adotar, pautando pela maior transparência possível, seguindo as alegações Ministeriais (JFDF, Sentença, Processo n.º 2007.34.00.014809-3).

A sentença do magistrado, segundo Luciana Dadalto (2015) foi fundamentada em 5 (cinco) premissas: 1. Que o CFM era competente para legislar sobre seu próprio Código de Ética e que a Resolução 1.885 não versava sobre o Código Penal; 2. Que a ortotanásia não é considerada crime pelo direito brasileiro; 3. Que a Resolução 1.885 não trouxe efeitos danosos ao paciente, apenas uniformizou uma prática para aqueles que têm no seu dia a dia pacientes

fora de condições terapêuticas atuais; 4. A Resolução 1.885 trouxe mais transparência para o paciente, possibilitando maior controle sobre a atividade do médico e 5. Os pedidos do MPF são incabíveis. Na verdade as premissas foram simplesmente copiadas das alegações do Ministério Público.

Posteriormente ao caso jurídico gerado pela Resolução 1.805/2006, mas ainda tramitando a Ação Civil Pública, o CFM, em 24 de setembro de 2009, aprovou o novo Código de Ética Médica no qual estabeleceu aos médicos que em situações clínicas irreversíveis e terminais deveria ser evitado a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que fossem desnecessários, propiciando aos pacientes todos os cuidados paliativos necessários (LUCIANA DADALTO, 2015).

O magistrado, também, enfatizou que a medicina através de seu Conselho dá um importante passo não no sentido obstinado pela a cura da doença de qualquer maneira, sem observar os custos/benefícios, mas um passo de sentido humanitário, de pensar no indivíduo como pessoa, e não propriamente na doença (JFDF, Sentença, Processo n.º 2007.34.00.014809-3). Destaca-se aqui a mudança de entendimento do juiz com a leitura detida que fez acerca da ortotanásia, no início do processo uma, e ao seu final, outra, apresentando argumentos que fundamentam sua licitude.

#### **7.4.2 Resolução n.º 1.995/2012 do CFM**

Após a publicação da Resolução 1.805/2006 sobre ortotanásia, o Conselho Federal de Medicina publicou nova Resolução que, também, trata sobre aspectos de terminalidade da vida. Trata-se da Resolução n.º 1.995/2012, desta vez com foco nas Diretivas Antecipadas de Vontade- DAVs. Assim, em 9 de agosto de 2012 foi editada a referida Resolução pelo CFM para disciplinar a atuação dos médicos frente as diretivas antecipadas da vontade (DAVs) do paciente, uma manifestação expressa do enfermo acerca das decisões terapêuticas e manobras que deseja receber, especialmente, quando não estiver mais com capacidade plena de exprimir sua vontade.

A omissão legislativa no Brasil acerca da regulamentação sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade faz com que pacientes fora de condições terapêuticas fiquem totalmente vulneráveis às decisões de outros que podem

não comungar com as suas próprias, passando a viver a qualquer custo, apenas para existirem como corpo-matéria para os seus familiares. E em face de todos estes transtornos vivenciados pela classe médica o Conselho Federal de Medicina editou esta Resolução que apresenta e dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

A Resolução é composta de apenas três artigos, o primeiro que define as DAVs, o segundo determina que as DAVs devem ser levadas em consideração pelo médico, e o terceiro, que trata da entrada em vigor da Resolução a partir da publicação. Assim, logo no art. 1º, a Resolução define que as diretivas antecipadas da vontade como um conjunto de vontades anunciados pelo paciente, de forma prévia, acerca dos cuidados e terapias que deseja receber, quando não tiver mais capacidade para expressar-se de forma livre e autônoma” (BRASIL, CFM. Resolução n.º1995/2012).

Aprovada em 31 de agosto de 2012 pelo Conselho Federal de Medicina, a Resolução nº 1.995 faz a abertura do tema no Brasil: Diretivas antecipadas de vontade – DAV. Mais uma vez é importante esclarecer que não houve a sua legalização no ordenamento jurídico brasileiro por meio desta Resolução, uma vez que a Resolução de um Conselho Federal não possui força de lei geral, por não possuir o CFM competência legislativa. O CFM somente possui força normativa para a categoria profissional que está a ele subordinada. Ainda, na referida Resolução, o órgão evidenciou se tratar de ortotanásia, permitida no país.

Em seguida, o art. 2º e seus parágrafos dispõem que o médico deverá, desde que observados os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica, considerar as DAVs quanto às decisões sobre cuidados e tratamentos em paciente que não estejam aptos de expressarem livremente suas vontades ou, a vontade de seu representante, caso o paciente tenha designado um para tal fim. As DAVs do paciente ou de seu representante, diz o § 3º do art. 2º da Resolução 1.995/2012 do CFM, devem prevalecer sobre qualquer outro parecer médico, e até mesmo sobre os desejos dos familiares (BRASIL, CFM. Resolução n.º1995/2012).

A referida resolução trouxe respeito ao paciente ao determinar que o médico deverá acolher os desejos daqueles e de seus familiares, nesta ordem,

considerando os limites impostos pelo próprio Código de Ética profissional<sup>79</sup>, não implicando, portanto, em práticas que antecipem a morte do enfermo, nem que seja a seu pedido. Houve um incremento na autodeterminação do paciente, favorecendo a morte digna, um passo a mais para condução da legitimação das práticas ortotanásticas<sup>80</sup>.

As DAVs, segundo o § 4º do art. 2º da Resolução supra, deverão ser registradas no prontuário do paciente e não sendo estas conhecidas, complementa o § 5º, e não havendo representante legal, e não havendo consenso familiar o médico deverá recorrer ao Comitê de Bioética da instituição, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina, quando considerar que esta medida seja necessária e conveniente para fundamentar decisão sobre conflitos éticos.

Observe-se que a Resolução 1.995/2012 é categórica ao afirmar que o paciente é o senhor e dono de sua própria vontade, e distribui uma ordem de preferência na condução dos procedimentos terapêuticos que deverão assistir o paciente : 1º o próprio paciente, 2º seu representante expresso, 3º os familiares em consenso, 4º não havendo consenso da família, o médico submeterá ao Comitê de Bioética da Instituição hospitalar, 5º Comissão de Ética médica do hospital ou Conselho Federal de Medicina.

Para Adriano Godinho (2016) a Resolução 1.995/2012 tem como objetivo precípuo legitimar as práticas ortotanásticas, sem permitir que as condutas médicas abreviem a vida do paciente, mesmo que a seu pedido. Afinal, a própria Resolução em apreço reza que o médico não poderá atender, não deverá levar em consideração as Diretivas Antecipadas registradas pelo

---

<sup>79</sup> Como exemplo, o Código de Ética Médica veda ao profissional: deixar de prestar esclarecimentos sobre a doença do paciente ( art.13) e deixar de obter seu consentimento ou de seu representante sobre os procedimentos a serem realizados (art. 22) , praticar atos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente( art. 14), deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, reconhecidos cientificamente e ao seu alcance (art. 32), ( CFM, 2009)

<sup>80</sup> Em face da simplicidade da redação, a Resolução 1.995/2012 provocou dúvidas na comunidade acadêmica sobre os procedimentos serem observados para a celebração das diretivas antecipadas de vontade, prontamente respondidas pelo CRM na sua página virtual, (CFM. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=23197:pacientes-poderao-registrar-em-prontuario-a-quais-procedimentos-querem-ser-submetidos-no-fim-da-vida](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=23197:pacientes-poderao-registrar-em-prontuario-a-quais-procedimentos-querem-ser-submetidos-no-fim-da-vida). Acesso em 08 de mar de 2020).

paciente ou seu representante, que, de acordo, com o seu parecer, estiverem destoantes com o Código de Ética Médica (Art, 2º, § 2º).

De forma que a Resolução 1.995/2012 conversa com a Resolução 1.805/2006, enquanto esta apresenta a não obrigatoriedade pelo médico de realizar condutas inúteis ao paciente, a primeira faz com que o próprio paciente decida acerca do procedimento a ser ministrado.

A Resolução que trata sobre as DAVs não fere nenhum preceito legal, está em perfeita consonância com o ordenamento jurídico, constitucional, civil e penal brasileiro por não permitir o abreviamento da vida. Contudo, as normas da Resolução 1.995/2012 apenas vinculam a classe médica e não têm força de lei, pois, são emanadas de um órgão profissional. Ademais, essa Resolução não fala sobre a elaboração das diretivas, nem tampouco da criação de um cadastro nacional para elas, entre outros fatores relevantes (ADRIANO GODINHO, 2016).

Tendo em vista o estado de incapacidade jurídica que podem alcançar os pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais em razão de doença incurável e irreversível, e a possível dificuldade ou mesmo impossibilidade de comunicação e de discernimento para decidir sobre o próprio tratamento, a resolução em epígrafe resguarda as vontades do enfermo de forma antecipada a esse eventual e possível momento; as DAVs são apresentadas quando ainda encontra-se o paciente em gozo de sua capacidade plena a fim de lhes sejam asseguradas o respeito e cumprimento a sua autonomia de vontade.

Uma das justificativas para a efetivação das DAVs pela própria Resolução 1.995/2012 é de que a maioria dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas fica sem capacidade de discernimento, e que as decisões médicas ou de familiares, comumente, podem não serem as nutridas pelos valores e desejos do paciente, “as decisões médicas sobre seu atendimento são adotadas com a participação de outras pessoas que podem desconhecer suas vontades e, em consequência, desrespeitá-las” (BRASIL, CFM, Resolução 1.995/2012). Através das DAVs é possível tomar uma decisão acertada e, evitando muitos conflitos e consequentemente, respeitando a autonomia de vontade do enfermo.

A Resolução 1.995/2012 traz em seu bojo a situação vivida por pessoas que encontram-se em tratamento, aos doentes, àqueles sob cuidados, portanto o objetivo da referida Resolução é que se torne realidade a possibilidade do

acesso a todos ao exercício da autonomia da vontade necessária à dignidade de todo ser humano, garantida pelo Estado Democrático de Direito, visto que uma das considerações da Resolução é que “a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade” (BRASIL, CFM, Resolução 1.995/2012).

O art 2º, parágrafo 2º da Resolução n.º 1995/2012 recomenda que o médico registre no prontuário as diretivas conforme diretamente comunicadas pelo paciente. Entendendo-se por prontuário o documento no qual se faz o registro da anamnese do paciente e todos os documentos que o acompanham, ocorrências, cirurgias, medicamentos prescritos, resultados de exames, sendo que todas as informações neles contidas são de propriedade do paciente, tendo a instituição hospitalar o direito de guarda (GENIVAL FRANÇA, 2019).

Luciana Dadalto (2015) ao analisar o papel técnico fundamental do profissional em transcrever as DAVs para o prontuário do paciente, destaca que o papel do médico não é apenas o de transcrição, mas o de informação, acrescenta que a função do profissional da medicina deve ser esclarecedora quanto aos procedimentos que podem ou não ser recusados, é indispensável a orientação do médico ao paciente e à família sobre as DAVs, garantindo que os pacientes expressem precisamente suas vontades, devidamente orientados e conhecedores do próprio quadro e limitações, pois somente através do conhecimento se pode ter autonomia para exprimir vontade.

Seria mais seguro que as DAVs fossem registradas em cartório e não apenas transcritas no prontuário médico do paciente. No entanto, o CFM não é dotado de competência para impor tal requisito.

Considera-se que o requisito de registro cartorário não facilitaria a realização das DAVs para todos, em razão da burocracia e taxas (No estado de São Paulo, um testamento vital custa R\$ 401,17, mais o ISS de cada município (Número... 2017).afastaria determinada parcela da sociedade na consumação de seu direito de morrer dignamente.

Somente por força de lei há a exigência para que sejam as DAVs registradas em um notário, ademais toda a formalidade deve fazer parte do conhecimento do paciente acerca das DAV ou de possível informação concedida no ambiente hospitalar ou pelo médico. Seguramente, caso a lei determinasse o

registro da DAV por tabelião, promoveria uma segurança jurídica a mais para aquele que se preocupou com seu final.

Da mesma forma como aconteceu com a Resolução 1.805/2006, na qual o membro do Ministério Público do Distrito Federal ajuizou Ação Civil Pública, o Procurador da República, desta vez do Estado de Goiás, com o mesmo objetivo da Ação anterior, e surpreendentemente, com quase os mesmos fundamentos também ajuizou uma ACP.

O objetivo do MPF/GO era o de obter pelo judiciário a declaração de ilegalidade e inconstitucionalidade da aludida Resolução n.1.995/2012 do CFM, sob o argumento que o Conselho não teria competência para regulamentar as DAVs, que a Resolução era um “pretexto de normatizar a atuação de profissionais da medicina frente à terminalidade da vida de seus pacientes”, portanto a Resolução ia além dos limites de poder regulamentar do CFM, que o Conselho não poderia “desbordar dos limites materiais e formais impostos pelas normas de maior hierarquia” e que ainda impunha risco a segurança jurídica (MPF/GO, ACP n.º 0001039-86.2013.4.01.3500).

Aduziu ainda, o MPF/GO na Ação Civil Pública que moveu contra o CFM em relação a Resolução n.º 1.995/2012 lança à família decisões que não lhes são próprias, estabelecendo como instrumento para tal as Diretivas Antecipadas de Vontade, documento que considera inidôneo.

O membro do MPF/GO apontou várias omissões da Resolução n.º 1.995/2012, como capacidade do paciente para realizar as DAVs, possibilidade ou não de revogação das DAVs, formato do instrumento, prazo de validade, questionou o seu sigilo e se perguntou por que não utilizar-se de um instrumento de transparência para a família, a fim de que esta tenha acesso ao prontuário de seu familiar doente, por fim pede que as violações cometidas pelo CFM sejam corrigidas mediante a declaração de nulidade da dita Resolução, antes porém, pede tutela antecipada para inibir o exercício de ponto da Resolução. Contudo, foram insustentáveis os argumentos constantes na exordial da promotoria pautados na incompetência do CFM e na omissão dos procedimentos que as DAVs deveriam possuir.

O juiz federal do Estado do Goiás rejeitou o pedido liminar feito pelo Ministério Público Federal do Goiás e declarou a referida Resolução



constitucional, teve como fundamento maior o princípio da dignidade da pessoa humana do qual as pessoas são titulares.

Em sede de contestação o CFM contrapôs o pedido ministerial alegando que foi o próprio Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 1820/2009, que estabeleceu que devem ser, no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS, tomadas todas as providências para acatar os valores, cultura e direitos dos pacientes, especialmente, os que tratam sobre confidencialidade, autonomia da vontade e livre escolha quanto a pessoa responsável para tomar decisões por si, quando houver incapacidade (JFGO, Sentença, Processo n.º0001039-86.2013.4.01.3500).

Alegou ainda o CFM que a Lei n.º 3.268/57 possibilita aos Conselhos de Medicina promover o exercício técnico e moral de seus profissionais e que a Resolução n.º 1.995/2012 não teve condão de reescrever o ordenamento jurídico, mas apenas determinar que o médico respeite os desejos previamente expressados de seus pacientes por ter fundamento no princípio da dignidade humana, respalda tanto na Constituição Federal (art. 5ª, III), quanto no art.15 do Código Civil, que as DAVs não caducam em razão de transcurso de prazo, porém o paciente é livre para revogá-las a qualquer tempo.

A decisão final do juiz federal do Estado do Goiás asseverou que os Conselhos Federais e Regionais de Medicina são instituições que supervisionam a ética de seus profissionais, que as DAVs servem para qualquer pessoa, para os que façam ou não a opção pela ortotanásia e independente de ser um paciente em terminalidade, porque se houver necessidade, diante da impossibilidade de manifestação de sua vontade, poderão as DAVs serem utilizadas.

O magistrado, também, evidenciou a necessidade de legislação sobre o tema, e evidenciou a disposição do Judiciário para a resolução de eventuais conflitos que possam surgir, seja por divergência da própria família em reconhecer a Diretivas Antecipadas do Paciente, seja até mesmo para responsabilizar o profissional da saúde por ato ilícito, pois o CFM está se dirigindo ao médico, com indicações de que não haverá sanções ético-disciplinares aos seus pares que obedecerem os desejos de não submissão de certos procedimentos/tratamentos de seus pacientes.

No entanto, para o magistrado a falta de lei ou de ato normativo desejável que apresente os termos e características da vontade, as DAVs não se confrontam com o ordenamento jurídico brasileiro (JFGO, Sentença, Processo n. °0001039-86.2013.4.01.3500).

Para Luciana Dadalto (2015) o M.M Juiz Federal do Estado de Goiás, apesar do progresso no que tange ao tema, extrapolou o assunto delimitado pela Resolução, saindo da esfera das diretivas antecipadas de vontade e da ortotanásia para alcançar todos os demais casos em que não haja terminalidade, descaracterizando o objetivo final do Conselho Federal de Medicina.

A Resolução 1.995/2012 desencadeou estudos, discussões acerca do tema e avanços significativos na consecução de DAVs, d é que depois desta nova Resolução do CFM a elaboração de testamentos vitais cresceu 700%. Segundo dados do Consultor Jurídico antes de 2012 só havia 84 registros de Testamentos Vitais e até 2016, passaram para 672 (Número..., 2017).

Contudo tal Resolução ainda está longe de se tornar conhecida por todos, principalmente em razão da ausência de uma legislação no ordenamento jurídico brasileiro que trate especificamente do referido assunto abarcando todos os apontamentos provenientes de tal prática, quebrando tabus sobre o fim da vida.

A confusão entre institutos que versam sobre terminalidade ainda é enorme, como se pôde observar nas referências das Ações Civis Públicas interpostas pelo Ministério Público Federal e pelas decisões dos magistrados, o que impulsiona mais a responsabilidade daqueles que conhecem na sua divulgação.

#### **7.4.3 Resolução n.º 2.232/2019 do CFM**

Publicada no Diário Oficial no dia 16 de setembro de 2019, a Resolução n.º 2.232/2019 estabelece normas éticas que devem ser consideradas pelo médico quando um paciente se recusa, conscientemente, a tratamento.

Para a Resolução 2.232/19 o médico deverá respeitar o direito de autonomia da vontade do paciente, desde que, obrigatoriamente, tenha informado àquele dos riscos e das consequências possíveis advindas de sua tomada de decisão. A recusa terapêutica do paciente ao tratamento deverá,

segundo a dita resolução, ser preferencialmente escrita na presença de duas testemunhas, ou quando não puder escrever, através de outros meios que possam ser anexados ao prontuário, quando a recusa lhe expuser a perigo de morte.

O CFM através da Resolução n.º 2.232/2019 elenca os requisitos próprios do paciente para que o médico aceite a sua recusa terapêutica. O paciente deverá ser maior, capaz, lúcido, orientado e encontrar-se consciente no momento da decisão.

Diante da recusa terapêutica do paciente, o médico poderá apresentar ao doente outra opção de tratamento, quando for possível. No entanto, poderá o profissional da medicina se obstar a recusa, por sua própria consciência, dando para isso conhecimento ao diretor técnico da instituição e se for em consultório, informando expressamente ao paciente, por meio de documento, no qual o paciente deverá apor o seu ciente.

Segundo a Resolução n.º 2.232/19 o médico não deverá aceitar a recusa terapêutica, em se tratando de risco relevante, quando se tratar de paciente menor ou adulto que não esteja em pleno uso de suas faculdades mentais, estejam ou não representados. No caso de divergência entre o profissional e os familiares dos pacientes nestas condições, deverá o médico comunicar o fato às autoridades competentes, objetivando o melhor interesse do paciente.

O médico, segundo a Resolução supracitada, não deverá aceitar a recusa terapêutica, também, quando ela caracterizar-se em abuso de direito, considerando abuso de direito: a recusa terapêutica que coloca em risco a saúde de terceiros e aquela referente a qualquer doença que ponha a população em risco de contaminação, situações as quais o médico deverá registrar no prontuário do paciente e comunicar ao diretor técnico para que comunique às autoridades competentes.

Em mais uma situação, segundo a Resolução n.º 2.232/19, a qual o médico poderá considerar, conforme o ditames de sua consciência, abuso de direito encontra-se o fato da mãe colocar em risco a saúde do feto, quando este viável, este artigo da Resolução encontra-se suspenso em decorrência de decisão judicial(Processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100 –TRF 3º Região), em

relação a assistência e atendimento ao parto (BRASIL, CFM, Resolução 2.232/19)<sup>81</sup>.

Nos casos de urgência e emergência a Resolução n.º 2.232/19 do CFM trouxe um fator diferenciado, é que o médico, não havendo outro que lhe substitua, não deverá atender a recusa terapêutica do paciente, nem o profissional poderá apresentar suas recusas de acordo com a sua consciência, deverá sim realizar o tratamento indicado para preservar a vida do paciente, parte esta que se encontra suspensa por força do atendimento a decisão judicial (Processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100 –TRF 3º Região), apenas em relação a assistência e atendimento ao parto.

A Resolução n.º 2.232/19 trouxe uma polêmica quanto a questão do binômio mãe/feto, que não será adentrada aqui, no entanto, resta saber se a Resolução 1.995/2012 foi revogada, uma vez que esta Resolução prega o cumprimento das DAVs pelo médico.

Em consulta ao CFM o seu Presidente respondeu que não, que a Resolução n.º 2.232/19 não revogou nem o Código de Ética Médica, nem tampouco as Resoluções 1.805/2006, nem a Resolução 1.995/2012, que se a recusa terapêutica tiver sido feita por paciente através de diretiva antecipada de vontade, em situação de terminalidade, mas sem processo ativo de morte, poderão as DAVs serem aceitas pelo médico (LUCIANA DADALTO, 2019).

Outro ponto polêmico da referida Resolução com a terminalidade da vida é acerca da objeção de consciência do médico.

Segundo Aline Albuquerque (2019), a objeção de consciência é fenômeno recente, que pode ser reportado a discussões sobre a descriminalização do aborto nos anos de 1967 na Inglaterra em 1973 nos

---

<sup>81</sup> O Ministério Público Federal requereu a suspensão dos efeitos do § 2º do artigo 5º, artigos 6º e 10º da Resolução CFM nº 2232/2009, que tratam da relação à assistência e atendimento ao parto, cujos artigos retiram da mulher gestante o direito à recusa terapêutica em determinadas situações, podendo o médico submetê-la, sem seu consentimento, a procedimentos com os quais não concorda. O juiz decidiu favoravelmente ao MPF afirmando que não havia nenhum amparo legal ao disposto no § 2º do art. 5º da referida Resolução 2.232/2009 do CFM, uma vez que o aludido artigo resulta na ilegal restrição da liberdade de escolha terapêutica da gestante em relação ao parto, pois o CFM ampliou as hipóteses de afastamento da opção terapêutica eleita pela paciente gestante, violando o princípio da legalidade. O juiz, em sua decisão liminar, também, suspendeu parcialmente a eficácia dos artigos 6º e 10º da mesma resolução, estes somente em relação à assistência e atendimento ao parto (SÃO PAULO, JFSP, Processo n.º 5021263-50.2019.4.03.6100).

Estados Unidos. Para a autora, a objeção de consciência pelo médico ocorre quando há conflito entre suas crenças e valores pessoais e a realização de procedimentos apropriados e esperados pela sociedade, não sendo adequado definir a objeção de consciência com base na recusa do paciente como fez a Resolução n.º 2.232/2019, dando direito do médico impor ao paciente um tratamento mesmo sob forte recusa deste, sendo portanto a objeção de consciência equivocadamente tratada pelo CFM<sup>82</sup>.

De acordo com a Resolução 2.232/2019 há deliberada permissão ao médico para que possa objetar a recusa da terapêutica do paciente sob mera alegação de objeção de consciência, como se esta medida não fosse de natureza excepcional, privilegiando a consciência do médico em detrimento a autonomia do paciente e de sua autodeterminação. Ademais, possibilita a discriminação do paciente ou de um grupo em virtude do conflito de suas crenças e valores pessoais com os daqueles e nem como verificar se estes valores são genuínos (ALINE ALBUQUERQUE, 2019).

O Conselho Federal de Medicina em nota de esclarecimento à sociedade afirma que a Resolução n.º 2. 232/2019 teve como foco estabelecer requisitos para que o médico aceite a recusa terapêutica de seu paciente, que em nenhum momento a Resolução impõe um tratamento forçado à gestante (CFM reitera fundamentação ética e legal da Resolução n.º 2.232/2019).

É de se questionar para onde foram as fundamentações das Resoluções anteriores que admitiam a ortotanásia, que previram as DAVs que embasaram-se no princípio da dignidade da pessoa humana, na autodeterminação das pessoas, na prioridade da vontade do paciente. Porque impedir a recusa terapêutica da gestante afeta sobremaneira a autonomia da mulher, uma vez que dá margem para práticas que ferem princípios estabelecidos anteriormente pela gestante.

Para Christian Fiala e Joyce Arthur (2017) a objeção da consciência deve ser mais discutida e mitigada, pois os médicos têm obrigações com seus

---

<sup>82</sup> Segundo a Australian Medical Association (AMA), a objeção de consciência ocorre quando há um conflito entre a prática a ser realizada pelo médico e as crenças ou valores sinceros e pessoais dele, que o impedem de participar de um tratamento ou procedimento legal, não possui interesses próprios ou discriminação, (AMA UPDATES..., 2019).

pacientes e com a sociedade, possuem uma posição privilegiada de confiança e responsabilidade e lucram com o monopólio da medicina.

É preciso aprimorar a questão da objeção de consciência para pacientes em terminalidade porque já estão fragilizados e o profissional de sua confiança se nega a realizar ou deixar de realizar um determinado procedimento é uma forma de traumatizar ainda mais o paciente, é preciso estimular mudanças e humanização para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas atuais.

## 7.5 AS DECISÕES DOS TRIBUNAIS: A METODOLOGIA APLICADA PARA ANÁLISE DO CONTEXTO JURÍDICO SOBRE A ORTOTANÁSIA

Para descrever acerca do contexto atual sobre o tratamento dado ao tema pelos Tribunais de Justiça dos Estados, Tribunais Regionais Federais, Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Supremo Tribunal Federal (STF) fez uma pesquisa junto a segunda e terceira instância com os seguintes termos no site de busca de cada Tribunal: “ortotanasia”, “testamento vital”, e “diretivas antecipadas”. Somente foram analisados os processos cíveis com decisões publicadas até 2019, sem observar o trânsito em julgado, em um total de onze processos encontrados.

Nos Tribunais do Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins não foram encontrados enunciados jurisprudenciais com os termos supracitados.

Somente nos Tribunais do Distrito Federal, Paraná, Pernambuco, Rio Grande de Sul e São Paulo foram encontrados processos com os termos pesquisados<sup>83</sup>.

Pôde-se observar, portanto, em sede de segunda instância, junto aos Tribunais de Justiça dos Estados, na esfera cível, que em poucos Tribunais a

---

<sup>83</sup> Estados com o número dos referidos processos cíveis em que os termos “ortotanasia”, “testamento vital” e “diretivas antecipadas de vontade” surgiram na pesquisa de busca na jurisprudência: DF (0707327-22.2019.8.07.000) , PR (MS - Nº 966.340-9), PE (0021724-95.2012.8.17.0000 e 0001974-63.2018.8.17.9000), RS (0223453-79.2013.8.21.7000, 0284885-31.2015.8.21.7000 e 0183750-15.2011.8.21.7000 e SP (1000938-13.2016.8.26.0100, 1001378-30.2015.8.26.0363, 1084405-21.2015.8.26.0100 e 0003009-12.2010.8.26.0004)

matéria chegou até eles em sede de recurso, no entanto em um mesmo Tribunal as Turmas não conversam entre si, apresentando decisões diferentes em casos de ortotanásia.

No Superior Tribunal de Justiça somente há uma decisão monocrática, cujo pedido em sede de Agravo em Recurso Especial era o restabelecimento da titularidade da curatela a Agravada destituindo um curador dativo, fundamentando que a interditanda havia deixado assegurada a curadoria à agravante em testamento vital, anteriormente assinado, o STJ negou provimento ao agravo baseado na impossibilidade do revolvimento do acervo fático-probatório dos autos, a fim de verificar supostos conflitos de interesses entre a agravante e a interditanda e como o processo tramita em segredo de justiça não foi possível analisar. Nenhuma decisão junto ao Supremo Tribunal Federal com os termos de busca foi encontrada.

O Poder Judiciário, segundo Antonio Cintra et al (2013) não possui a mesma importância política dos demais poderes, no entanto, quando necessário para repor as liberdades e direitos individuais e sociais dos cidadãos, apresenta posição de maior destaque. E na forma da própria Constituição Federal nenhuma pessoa será preterida de buscar seus direitos e garantias individuais junto ao Poder Judiciário, seja por conta da própria lesão ou da ameaça a direito, é o Princípio da Inafastabilidade da apreciação judiciária (art. 5º XXXV, BRASIL, 1988).

De nada adiantaria a democracia, as liberdades individuais, os direitos sociais e tudo que as regras dispõem se não houvesse quem pudesse restabelecer as relações jurídicas contenciosas com finalização da contenda, daí a função precípua do Poder Judiciário, o poder e o dever de julgar o direito, e de principalmente, fazer justiça, e efetivá-la.

Deve ser dito, também, que por vezes, muitas contendas chegam ao Poder Judiciário, sem que o Poder Legislativo tenha sequer se preparado para qualquer tipo de votação acerca da matéria, devendo o Poder Judiciário, ante o princípio da inafastabilidade da tutela jurisdicional julgar a lide, reconhecendo o direito sem se esquivar. Certo é que a sociedade e suas relações são objeto de frequentes transformações, por conta das mudanças culturais, dos avanços tecnológicos e científicos, e de acontecimentos que fogem a qualquer previsão de economistas, sociólogos, agentes políticos, como por exemplo: as diretivas

antecipadas de vontade, documento no qual a pessoa estabelece critérios para uma morte digna, bem como seus agregados: o testamento vital e o mandato duradouro.

Verônica Donato(2006) assevera que a Constituição Federal de 1988 intimou o Poder Judiciário para assumir seu papel de poder político, de agente transformador da sociedade, de ordenador e implementador da democracia, de influenciador nas decisões governamentais, e conseqüentemente no destino do Estado e da sociedade no qual ele encontra-se inserido, e para tanto concedeu-lhe autonomia administrativa e financeira e estabeleceu mudanças na sua estrutura.

Após a decisão do recurso em segunda instância é possível novo recurso ao Superior Tribunal de Justiça apenas quando comprovada incorreta aplicação de direito federal infraconstitucional e ao Supremo Tribunal Federal, em sede de recurso extraordinário quando forem discutidas questões consideradas de existência relevante do ponto de vista econômico, político, social ou jurídicos que estejam além do interesse das partes que deram origem ao processo (MEDINA, 2019), como foi o caso da interrupção da gravidez de feto anencéfalo e a constitucionalidade do uso de células-tronco ou de inconstitucionalidade de lei.

Assim, após a pesquisa na consulta de jurisprudência nos sites dos Tribunais foram observadas decisões que confrontam entre si, divididas adiante conforme a matéria julgada: decisão em sede de Tribunal que aceita que diretivas antecipadas sejam objeto de jurisdição voluntária e outra que não; decisão que demonstra a compreensão e dimensão do conceito de ortotanásia e outra que não; e decisão que admite que a pessoa incapaz seja devidamente representada por seus familiares quanto a possibilidade de reazliar ou não tratamento inútil e outra que não.

A finalização do capítulo resulta de uma análise da decisão do Supremo Tribunal Federal da ADPF n.º 54, que trata sobre a interrupção da gravidez do feto anencéfalo, os dados serão tratados, especialmente, quanto aos argumentos da autonomia da vontade, comparando a uma possível decisão naquela Corte sobre morte digna, cujo sujeito seja pessoa capaz de discernimento para entender o ônus de suas decisões.



### 7.5.1 Reconhecimento das diretivas antecipadas de vontade nos Tribunais

Enquanto a lei é lacunosa, o desejo pela ortotanásia pode ser manifestado por diversas formas: extrajudicialmente, junto à família, ao médico, no prontuário hospitalar; administrativamente, junto ao cartório e judicialmente, pelo exercício do direito de ação.

O princípio de acesso à justiça é princípio básico, insculpido na Constituição Federal (art. 5º, XXXV), prescreve a garantia de que a lei não excluirá a apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. A tutela jurisdicional é inafastável. No entanto, junto aos Tribunais é fato que desperta decisões contrapostas, em um mesmo órgão julgador parece não existir uma orientação unânime que permita admitir o testamento vital ou que o mesmo possa ser objeto de jurisdição voluntária<sup>84</sup>, cujo teor seja o reconhecimento e desejo pela efetivação das diretivas antecipadas de vontade.

Em um mesmo Tribunal de Justiça, o do Estado de São Paulo há uma divergência entre a 2ª e a 5ª Câmaras Cíveis acerca da interposição de ações que visam fazer valer o testamento vital.

Uma apelação referente ao Processo nº 1084405-21.2015.8.26.0100 (2ª Câmara, TJSP, SP, 2015), em que é apelante Elca Rubinstein, e apelado o juízo da comarca e teve como Relator, o Desembargador Giffoni Ferreira. E outro referente ao Processo nº 1001378-30.2015.8.26.0363 (5ª Câmara, TJSP, SP, 2015) em que é apelante Antônio Fernando Correa Bastos, e apelado, também, o JUÍZO DA COMARCA e teve como Relator, o Desembargador J. L. Mônaco da Silva. As duas ações supracitadas foram propostas com o pedido de reconhecimento judicial ao direito da prática da ortotanásia, de ser reconhecido o direito de não iniciar tratamento médico inútil, que sirva apenas para o prolongamento da vida. Nos dois processos os juízes de primeiro grau extinguiram a ação, sem resolução do mérito, sob o fundamento de que não é necessária intervenção judicial para que uma declaração para procedimentos

---

<sup>84</sup> Segundo Antônio Cintra et al, a jurisdição voluntária ocorre quando a função exercida pelo juiz não é decorrente, necessariamente, de um conflito, a independência do julgador levam o legislador a lhe confiar importantes funções de interesses privados na administração pública, (2013). É como se chamasse o Poder Judiciário para integralizar a vontade e somente após sua decisão é que pudesse fazer valer efeitos jurídicos. O atual CPC tem a abertura de testamento e o codicilo como procedimentos de jurisdição voluntária, (art. 735, CPC, 2015).

sobre o final da vida valha, podendo ser, perfeitamente, realizada pela via extrajudicial, nos cartórios, ou administrativamente, diretamente com os médicos que acompanham seus pacientes.

Em sede de recurso, as apelações dos autores relativas aos Processos nº 1084405-21.2015.8.26.0100 (2ª Câmara, TJSP, SP, 2015) e Processo nº 1001378-30.2015.8.26.0363 (5ª Câmara, TJSP, SP, 2015) tiveram como fundamentos o direito à jurisdição voluntária<sup>85</sup> e a garantia do acesso à justiça.

Dentre os procedimentos de jurisdição voluntária previstos no Código de Processo Civil (CPC), encontram-se, a partir do art. 719, os testamentos e codicilos (BRASIL, CPC, 2015), embora o testamento vital seja um instrumento para ter eficácia antes da morte, não deixa de ter igual natureza dos testamentos ordinários e especiais<sup>86</sup>.

No fundamento quanto o acesso à justiça nas apelações dos processos acima é de se entender que o art. 5º, XXXV, da Constituição Federal garante a todo cidadão o acesso ao Poder Judiciário diante da lesão ou ameaça a direito (BRASIL, 1988).

Portanto, toda pessoa possui o direito de levar ao Judiciário seus reclames, e ele tem o dever de apresentar uma resposta abalizada e justa ao caso concreto, efetivando a tutela jurisdicional pretendida. É a manifestação do poder jurisdicional que pretende o interessado (JOSÉ MARIA TESHEINER; RENNAN THAMAY, 2019).

Os casos possuem situações idênticas, contudo, em um mesmo Tribunal de Justiça (Estado de São Paulo), as decisões foram díspares. No Processo nº 1001378-30.2015.8.26.0363 a 5ª Câmara desacolheu o recurso do autor, confirmando a Sentença de 1º grau e no Processo n.º 1084405-21.2015.8.26.0100 a 2ª Câmara julgou procedente a apelação, anulando a sentença do juiz de primeira instância, ambas acompanhando o voto do Desembargador Relator.

---

<sup>85</sup> Jurisdição voluntária ou também chamadas de graciosas é atividade de natureza jurisdicional exercida pelo Estado em ações que não possuem contencioso. Não há lide na jurisdição voluntária, nem partes, no seu lugar encontram-se os interessados e há uma primazia de atividade negocial, o juiz possui como função precípua tornar eficazes as pretensões privadas dos interessados que recorreram à sua administração e pretendem a homologação (JOSÉ MARIA TESHEINER; RENNAN THAMAY, 2019).

<sup>86</sup> São testamentos ordinários: público, cerrado e particular. Especiais: marítimo, aeronáutico e militar.

A decisão no Processo nº 1001378-30.2015.8.26.0363 teve como fundamento a pretensão do autor, de ver declarado seu direito de opção pela ortotanásia, quando não tiver mais capacidade de expressar sua vontade é um direito em tese, e que a ação declaratória intentada para obter declaração de existência ou não de um direito, depende de uma lide resistida, o que não é o caso dos autos.

Mas o que é um direito em tese? Requerer que o judiciário reconheça sua opção pela ortotanásia não é um direito abstrato ou em tese, afinal uma vez que há reconhecimento da Resolução n.º 1.995/2012 do CFM e decisão da Ação Civil Pública acerca da referida Resolução que poderia, facilmente, ser objeto de pesquisa.

Pode-se ainda verificar que a ação declaratória pode ser exercida independentemente de qualquer pedido condenatório, se presta a declarar a existência ou inexistência ou o modo de ser de relação jurídica concreta, ou, ainda, a autenticidade ou falsidade de documento. Tal é a redação do artigo 19 do Novo Código de Processo Civil: “O interesse do autor pode limitar-se à declaração: I - da existência, da inexistência ou do modo de ser de uma relação jurídica; II - da autenticidade ou da falsidade de documento” (BRASIL, 2015). Não há porque a recusa da apelação pelo 5ª Câmara do Tribunal.

O Relator, no Processo n.º 1001378-30.2015.8.26.0363 afirma que sequer o autor juntou documentos em que algum réu tenha resistido ao seu pedido ou apontado doença que o acomete e socorre-se do julgado do Superior Tribunal de Justiça (STJ) (RECURSO ESPECIAL Nº 1.106.764 RJ), no qual foi extinto processo sem resolução do mérito por considerar que o Judiciário não é órgão de consulta.

Mais uma vez, discorda-se da posição do Relator supra, pois qualquer pessoa, de acordo com a Constituição Federal poderá buscar legitimamente a tutela jurisdicional em razão de um interesse de agir e o judiciário não deverá afastar, sendo observados apenas os pressupostos de existência e desenvolvimento da lide.

Sendo a ação um direito garantido pela Constituição Federal para banir lesão ou ameaça a direito, e assim provocar do Poder Judiciário uma resposta à demanda, deve-se fazer presentes as condições de prosseguimento da ação: partes legítimas (que estejam vinculadas ao objeto da ação) e interesse de agir

(binômio necessidade/adequação), sob pena de extinção da ação sem resolução do mérito. (art. 337, CPC, BRASIL, 2015).

O interesse de agir como uma das condições da ação pressupõe a necessidade do provimento jurisdicional, quando não houver uma outra forma de solucionar o conflito e adequação do meio escolhido para requerer a tutela jurisdicional.

Para Tatiana Silva (2017) a questão é que é o autor quem diz que precisa da jurisdição, o processo não deve ser tão formal colocando a técnica acima da economia processual e até da própria jurisdição, quando se reserva o dever de adequação da utilização do procedimento. Da mesma forma o processo não pode mais ficar engessado e inflexível, a ponto de retirar a capacidade interpretativa do magistrado, importando a prestação jurisdicional, pois se não for assim, não adianta a Constituição garantir o direito a ação como fundamental, positivada em cláusula pétrea.

No caso das ações com pedido de reconhecimento de testamento vital, embora não haja conflitos iniciais, o Código de Processo Civil traz como possibilidade de jurisdição voluntária uma interpretação ampla do seu artigo 735, quando consagra como procedimentos de jurisdição voluntária os testamentos e codicilos. Lembrando que na jurisdição voluntária não há propriamente um conflito de interesses, mas um negócio jurídico que passa pelo juiz. Ao testamento vital seria possível uma interpretação extensiva a fim de que o juiz pudesse se pronunciar acerca de um interesse privado.

De forma diversa dispôs o Relator do Processo n.º 1084405-21.2015.8.26.0100 o qual enfatizou a peculiaridade da ação, ponderando que a extinção sem julgamento de mérito foi equivocada, ao argumento de que embora existam outras formas de declarar os procedimentos para o final da vida, a Constituição Federal determina que a todos seja assegurado o acesso ao Poder Judiciário, e se a autora confere ao judiciário o meio mais eficaz de não impugnação de sua vontade posteriormente, não poderá o Juízo fechar as suas portas e remetê-la a outras vias.

Desta forma, a sentença do juiz de primeiro grau no processo julgado pela 2ª Câmara Cível foi anulada e determinado o retorno dos autos ao juízo de origem para que fosse analisado o mérito.

Em 19 de março de 2018 foi publicada no Diário Oficial da União a nova sentença referente ao processo supracitado, que homologou a declaração prestada em juízo pela autora de não desejar se submeter a tratamentos médicos inúteis ou cruéis e indeferiu o pedido de tramitação do processos em segredo de justiça e apresentou requisitos para a validade do testamento vital: atestado de dois médicos e registro no prontuário,(SÃO PAULO, DJE, 2018)..

A questão de segredo de justiça, pode perfeitamente não ser aplicada, assim como nem sempre é nos testamentos ordinários e especiais, no entanto causo estranheza um dos requisitos apresentado pelo magistrado causa estranheza e surpresa, atestado de dois médicos, pois não há nem no projeto de lei que tramita no Congresso Nacional, nem na Resolução 1.995/2012 do CRM. Ademais não ficou claro se o atestado era para demonstrar a higidez mental da autora, ou para declarar se suspensão dos procedimentos pretendidos faziam parte de manobras fúteis<sup>87</sup>. Quanto ao registro no prontuário, o próprio autor tem, certamente, todo interesse de cumprir.

### **7.5.2 O representante do paciente incapaz aos olhos dos tribunais**

A incapacidade, como descrita em capítulo anterior, é a impossibilidade que alguém possui de poder expressar sua vontade, ou praticar sozinho os atos da vida civil. A incapacidade pode ser legal (decorrente da própria lei), judicial (determinada pelo juiz) e contratual (consentida pelas partes).

Quando o paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais os filhos menores de 18anos, são considerados incapazes de praticarem os atos da vida civil, sendo legalmente representados, quando menores de 16 anos e assistidos, quando tiverem mais que 16 e menos que 18 anos, por seus pais, conforme se pode constatar no artigo 1.634 do Código Civil que dispõe aos pais o exercício do poder familiar para representar os filhos judicial ou extrajudicialmente até os 16 anos e assisti-los após esta idade, para suprir-lhes o consentimento (2002).

Outros artigos do Código Civil demonstram o quanto o legislador deseja fazer valer a vontade substitutiva dos pais ou sua complementação em relação

---

<sup>87</sup> A Resolução do CFM, n.º1995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade não estabelece que sua validade depende de atestado fornecido por dois médicos, mas tão somente que a declaração conste no prontuário do paciente.

à vontade dos seus filhos, o artigo 1.630, por exemplo, reza que os filhos menores estão sujeitos ao poder familiar, o artigo 932 do mesmo diploma legal estabelece que os pais são responsáveis pela reparação civil dos filhos menores que estiverem sob sua responsabilidade e em sua companhia.

É de se ressaltar que, embora pessoas possam adquirir a maioridade a partir dos 18 anos ela se torna capaz para o gozo e o exercício de sua capacidade civil, desde que possua higidez mental. No entanto, algumas pessoas por questões de doença perdem a capacidade de raciocínio tornando-se relativamente incapaz, devendo serem assistidas ou apoiadas, na forma do Estatuto da Pessoa com Deficiência, ou representadas, por meio de decisão judicial, por conta de sua incapacidade absoluta.

Seria de se ressaltar que o peso das decisões dos representantes das pessoas fora de condições terapêuticas atuais seriam iguais. No entanto, as decisões dos Tribunais acerca das medidas tomadas por representantes de incapazes que possuem mais de 18 anos e representantes de incapazes que possuem idade menor do que aquela são bem diferentes como se pode verificar com a análise dos Processos n.º 0193242-26.2014.8.21.7000 (7ª Câmara, TJRS, RS, 2015) e n.º 0183750-15.2011.8.21.7000 (21ª Câmara Cível, TJRS, 2011).

O Processo n.º 0183750-15.2011.8.21.7000 cuja apelação se deu pela parte autora a ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ERGS (AFPERGS), junto à 21ª Câmara Cível, tendo como Relator o Desembargador Armínio José Abreu Lima da Rosa, em face do filho e neto respectivamente, Gilberto Oliveira de Freitas e Guilherme da Silva Benites, de Irene Oliveira de Freitas.

A apelação da AFPERGS, entidade mantenedora do Hospital Ernesto Dornelles, não se conformou com o indeferimento da petição inicial, por ilegitimidade passiva, em uma ação cautelar que promoveu, tendo como objeto o suprimento de vontade dos Apelados, neto e filho de Irene Oliveira de Freitas. Ocorre que, inicialmente, o neto que internou a avó apresentou-se como responsável, e autorizou o seu tratamento. Posteriormente, o filho, Gilberto, invocou sua responsabilidade, e não autorizou a hemodiálise da mãe. Afinal quem seria o responsável por Dona Irene?

No apelo a parte autora invocou a responsabilidade objetiva do hospital, nos termos do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor, sustentando sua

legitimidade ativa aduzindo pretender respaldo judicial “frente à divergência familiar no tocante a aderência ou não da paciente ao tratamento proposto, principalmente diante das circunstâncias que norteiam as decisões baseadas na ortotanásia”. E embora a AFPERGS saiba que o tratamento é doloroso e que a doença da paciente não tem cura, insiste na autorização judicial pelo tratamento.

A Senhora Irene encontrava-se internada no Hospital Ernesto Dornelles desde 05.12.2010 em quadro de descompensação secundária a insuficiência renal, pré-edem agudo de pulmão, havendo indicação expressa dos médicos quanto à realização de hemodiálise.

O Ministério Público se manifestou pelo deferimento da liminar, em sede de primeiro grau, divergindo do parecer do Procurador de Justiça, em sede de Tribunal.

O Relator em seu voto fez uma reflexão acerca da dimensão do objetivo tratado. Em primeiro plano, analisou acertadamente a disputa entre a ortotanásia e a distanásia, afirmando que a primeira assegura às pessoas uma morte natural, sem interferência da ciência, evitando sofrimentos inúteis, assim como dando respaldo à dignidade do ser humano, e a distanásia, implica no prolongamento da vida, mediante meios artificiais e desproporcionais, adjetivando-a de obstinação terapêutica, na Europa, senão de futilidade médica, nos Estados Unidos.

Apresentou o Relator em seu voto vários doutrinadores como Lia Fehlberg, e seu artigo: “a ortotanásia no projeto do Código Penal”, que trata a distanásia como uma morte dolorosa, e que diante de determinadas doenças incuráveis o prolongamento da vida por meio terapêutico ou aparelhos representaria uma batalha inútil. Jean Robert Debray como responsável pela introdução na linguagem médica francesa da expressão obstinação terapêutica, como comportamentos médicos em utilização de processos terapêuticos, cujo efeito traz consigo um benefício muito menor do que o esperado, além de inconvenientes previsíveis, (21ª Câmara Cível, TJRS, 2011).

Expôs o Des. Relator que Alexandre Magno Fernandes Moreira em seu artigo eletrônico lembrou a Lei do Estado de São Paulo, n.º 10.241/1999, que assegura ao paciente terminal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida, lei essa sancionada e utilizada pelo

ex-Governador Mário Covas<sup>88</sup>, quando acometido por um câncer e estado terminal, se recusou ao prolongamento artificial da vida e a reforma do Código Penal, cuidando de descriminalizar a ortotanásia.

Para o Relator o debate sobre a ortotanásia é um “dos embates filosóficos de maior dimensão em termos de definição humana, por estar embainhada pela percepção individual quanto ao sentido da vida”, remete-se a questões de sentimentos particulares, que se encontram atrelados à preservação da dignidade da pessoa humana. Cita a Resolução do CFM n.º 1.805/2006 que veio modificar os termos do art. 57 do Código de Ética Médica, cujo teor é a vedação pelo médico de “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”.

O Desembargador Relator descreve que, o caso *sub judice*, fazia lembrar o caso da americana, Terri Schiavo<sup>89</sup>, ao final, passou a transcrever a sentença da juíza de primeiro grau, Dra. Laura de Borba Maciel Fleck.

O raciocínio jurídico da juíza de primeiro grau encontra-se de acordo com o que se apresentou até agora sobre as incapacidades e a ortotanásia.

Em síntese, a juíza de primeiro grau, afirmou que a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso têm a vida como garantia fundamental de primeira ordem, e que o idoso merece especial atenção face a sua vulnerabilidade. No caso em tela, a paciente, encontra-se acometida de doença terminal e não pode expressar sua vontade, sendo o seu filho, na ausência do cônjuge, o imediato responsável por ela no Hospital, e a negativa de Gilberto contra a hemodiálise, foi que esta seria a última vontade de Irene Freitas.

O judiciário andou bem, ao se deparar com a vontade do próprio paciente, e se este não tem condições de expressar seus desejos quanto ao tratamento que deseja receber, e nem deixou procurador para tal, se busca a família, os mais próximos excluem os mais remotos é assim que se dá na ordem

---

<sup>88</sup> O Ex-Governador do Estado de São Paulo foi quem sancionou a Lei 10.241, de 1999, que levou o seu nome Lei Mário Covas, porque dela se beneficiou quando acometido de um câncer em fase terminal, preferiu ficar em casa juntamente com sua família em seus últimos dias a se prender a equipamentos hospitalares.

<sup>89</sup> Após ter sido mantida em vida vegetativa por mais de quinze anos, depois de uma disputa judicial entre cônjuge e pais, entre tirar o suporte de fornecimento artificial de nutrição e hidratação e que mantinha Terri Schiavo viva, ambos sob o argumento do melhor interesse da paciente, a justiça norte-americana terminou por fazer prevalecer a vontade externada pelo marido. Terri faleceu em 31.03.2005 (SÍLVIA ZULLO, 2013).



disposta pelo art. 1.775 do Código Civil Brasileiro, que trata sobre a curadoria (2002).

Pondera ainda, a juíza, que é de conhecimento público que o procedimento da hemodiálise é muito desgastante que são constantes “as desistências pelas dificuldades decorrentes e pela intensidade e tempo que o paciente fica atrelado ao equipamento”.

Claro o sofrimento da paciente. Em época na qual é crescente a discussão sobre a necessidade de ponderar-se o direito à vida, confrontando-o com o direito à dignidade da pessoa, o qual também se deve entender como a possibilidade de viver com dignidade e sem sofrimento, tais tipos de tratamentos e doenças, por serem muito gravosos, muitas vezes são, de forma consentida, rechaçados.

A magistrada baseou-se, também, na decisão do Processo n. 2007.34.00.014809-3, que transcorreu na 14ª Vara/DF que reconheceu a legitimidade da Resolução nº 1.805/2006 do CFM, que liberou os médicos para a realização de ortotanásia, nas enfermidades graves e incuráveis em fase terminal, devendo aqueles, ao invés de prolongar inutilmente a vida dos pacientes, garantir os cuidados necessários para que possam morrer sem sofrimento, sempre respeitando a vontade do paciente ou do seu representante legal. Uma demonstração da importância das Resoluções do Conselho Federal de Medicina para direcionar as decisões nos processos que tramitam no judiciário.

Portanto, o que se configurou na Ação proposta pela AFPERGS foi de que embora tenha tido as melhores intenções possíveis, o Hospital deverá respeitar a vontade do paciente, no caso como a Dona Irene encontra-se incapaz de se expressar a vontade a ser acolhida deverá a da família, no caso a do filho por ser o mais próximo, que optou pela ortotanásia. Isto posto, o Relator votou pelo desprovemento da Apelação acompanhado pelos demais Desembargadores.

O outro processo, em julgamento contraposto ao processo supra, foi o Processo n.º 0193242-26.2014.8.21.7000 ajuizado pelo Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul em favor da menor E.S.R e em desfavor de seus pais C.M.R e E.S.R. Na referida ação foi deferida liminar pelo juízo de 1º grau, na qual autorizou a realização de todos os procedimentos terapêuticos na menor,

que encontrava-se diagnosticada com osteossarcoma com metástases pulmonares, sem a autorização dos pais. Os pais de E.S.R agravaram da Decisão ao Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, cujo Relator foi o Desembargador Jorge Luis Dallagnol, da 7ª Câmara Cível.

Os genitores da menor argumentaram que a filha possui 10 (dez) anos de idade, que foi diagnosticada com tumor ósseo no braço direito, e o procedimento terapêutico é a amputação do braço, o que não concordam, primeiro por não existir garantia de cura e, segundo, porque prometeram à filha, diante de seu sofrimento, que não deixariam retirar seu braço.

Até aqui perfeitamente normal, legal e jurídico, pois os pais são os verdadeiros representantes da menor, embora do Ministério Público, também, tenha o dever constitucional e infraconstitucional de zelar pela criança e adolescente. No entanto, o juiz de primeiro grau determinou a realização da cirurgia.

Os pais de E.S.R afirmaram que têm respaldo jurídico por serem os responsáveis pela menor, e por estas razões têm livre escolha pela morte ao seu tempo. Argumentam ainda, a ilegitimidade do Ministério Público tendo em vista que não houve violação a nenhum dever do poder familiar em relação a E.S.R e que tiveram que reajustar suas vidas em razão das frequentes internações da menina e não ser verdadeira a afirmação que é por força da religião que não autorizaram a amputação no braço da filha.

Entretanto, o Brasil é um Estado laico, e as religiões devem ser respeitadas, desde que os seus preceitos não firam a lei.

Os Agravantes fundamentaram seu pedido no art. 15, do Código Civil Brasileiro, o qual reza que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica. E requerem que o Tribunal suspenda a decisão que determinou obrigatoriamente a internação da filha e lhe nomeou curadora especial e ainda, determinou avaliação psicológica e social na família da infante.

O Relator iniciou o seu voto confirmando a legitimidade do Ministério Público como autor da ação, uma vez que o art. 127, caput da Constituição Federal e o art. 201, V, e art. 208, III do Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 201, V, e art. 208, III) garantem sua legitimidade para propor ação civil

pública buscando a efetivação de direitos individuais heterogêneos de crianças e adolescentes.

Em seguida, passou a analisar o mérito, observou que consta nos autos que a menina encontrava-se em tratamento médico no Hospital São Vicente de Paulo e que diante do diagnóstico e da necessidade de amputação do seu braço, seus pais pediram um tempo para que ela fosse reavaliada em outro hospital, o que fora feito junto ao Hospital da Criança Santo Antônio. Ante a confirmação da necessidade da cirurgia, os pais simplesmente abandonaram a quimioterapia e se negaram a autorizar o procedimento cirúrgico.

Em face desses acontecimentos o médico oncologista-pediátrico do primeiro hospital, Dr. Paulo Santiago, enviou ao MP, em 07.01.2013, documentação pedindo solução diante da negligência dos pais com a saúde da filha.

O Relator ainda faz menção a um ofício e outros documentos que indicam a realização da cirurgia na menor como possível chance de cura, entretanto pequena, devido as metástases pulmonares.

Ao final, em uma decisão que vai de encontro à representação dos incapazes, o Relator indefere o Agravo, afirmando que mesmo que a cirurgia não seja a mais indicada, por conta do alastramento da doença para outros órgãos, a decisão recorrida foi acertada. Neste momento, se põe em dúvida o conhecimento do Relator sobre a ortotanásia e a dignidade da pessoa humana.

O Relator diz ainda que compreende a apreensão dos pais diante do quadro de saúde da menor, entretanto, a cirurgia é a única opção de cura, mesmo que cause aflição a todos, o bem da vida é um dever que deve ser assegurado pela justiça. E aqui estabelece a vida como direito absoluto.

A necessidade das partes de proporem suas demandas no judiciário não é para compreensão subjetiva do julgador, mas para uma compreensão jurídica. Um ponto de relevância, ante a situação de doença incurável, era ouvir a própria criança, seus desejos, sua perspectiva de cura. Sabe-se que a sua vontade, diante da incapacidade absoluta por ter apenas 10 (dez) anos de idade é evidente, no entanto, o seu discernimento deverá valer algo. O Estatuto da

Criança e do Adolescente seu artigo 16<sup>90</sup> preserva o direito da criança ser ouvida.

O Relator da Ação n.º 0193242-26.2014.8.21.7000 comunga, portanto, com a tese da necessária a interferência do Estado, e portanto, da nomeação de curador especial para a pequena enferma em estado terminal. Pergunta-se, no entanto, por que a lei conferiu ao país a responsabilidade pelos atos de seus filhos menores? Será que foi ao acaso ou por conta de um sentimento muito maior do que a própria lei poderia descrever? – O amor.

Como se explica que o filho pode representar a vontade de um genitor, como ocorreu no Processo n.º 0183750-15.2011.8.21.7000, os genitores não podem representar sua filha, como ocorreu no Processo n.º 0193242-26.2014.8.21.7000, em uma situação na qual foi constatada uma doença incurável, sem perspectiva de cura e o judiciário impõe uma cirurgia de amputação no braço?

A incapacidade, a vulnerabilidade e o grau de parentesco nos processos neste tópico analisados são os mesmos, mas as decisões, bem diferentes. Inclusive, há divergência nas próprias fundamentações das decisões, enquanto a decisão no Processo n.º 0183750-15.2011.8.21.7000 as questões relativas a ortotanásia e distanásia foram fartamente debatidas e estudadas, inclusive com o respaldo da Resolução 1.805/2006 do CFM, a decisão que contemplou o Processo n.º 0193242-26.2014.8.21.7000 tangenciou quanto aos aspectos mais importantes da demanda.

### **7.5.3 O reconhecimento do direito à ortotanásia nos Tribunais**

Perspectivas bem diferentes acerca dos conceitos, concepções e características da ortotanásia foram encontradas entre o Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul e o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

No Tribunal do Mato Grosso do Sul tramitou o Processo n.º 2002.003860-2/0000-00 ( 3ª Turma Cível, TJMS, MS, 2003), cujo Relator foi o. Desembargador Hamilton Carli, sendo parte apelante o Sr. Pedro Marques

---

<sup>90</sup> Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos ....II - opinião e expressão (ECA, 1990).

Garcia e como apelados a Sociedade Beneficente de Campo Grande - Santa Casa e a Cooperativa de Trabalho Médico Limitada ( UNIMED).

O Des. Hamilton Carli relatou que o autor apelou da Sentença de 1º grau que julgou improcedente a Ação de Reparação de Danos movida contra a Sociedade Beneficente de Campo Grande – Santa Casa – e a Cooperativa de Trabalho Médico Limitada ( UNIMED). A tese do apelante foi: abuso da cláusula limitativa de obrigações da empresa que presta assistência médica, possibilidade de utilização de serviços fora do quadro oferecido pela empresa, em caso de urgência e mediante autorização e imprestabilidade do laudo pericial apresentado. As apeladas pediram a manutenção da sentença.

O outro Processo n.º 0223453-79.2013.8.21.7000 (1ª Câmara Cível, TJRS, RS, 2013) que tramitou em 2013 no Tribunal do Rio Grande do Sul, Relatado pelo Des. Irineu Mariani, teve como partes o Ministério Público, como apelante e João Carlos Ferreira, O Ministério Público (MP) foi quem ingressou como autor com pedido de alvará judicial para suprimimento da vontade do idoso João Carlos Ferreira, então com 79 anos de idade. O Ministério Público sustentou que o idoso encontrava-se em processo de necrose do pé esquerdo desde novembro de 2011, pelo qual necessitaria amputá-lo, sob pena de agravamento e morte por infecção generalizada.

O caso ocorrido no Mato Grosso do Sul se deu em razão da esposa do apelante ter ficado por 50 dias internada na Santa Casa. Após sua alta, passou a ter convulsões e vômitos, e quando retornou a Santana Casa, foi noticiada que ela estava em fase de terminalidade de vida. Ante a gravidade da situação, a esposa do autor foi, às expensas da família, removida para o Hospital Albert Einstein – UNICOR –, na cidade de São Paulo (SP), onde fora constatada infecção hospitalar generalizada. A UNIMED recusou-se a dar cobertura ao que fora despendido com o tratamento.

A improcedência da Ação pelo juízo de 1º grau se deu como base, em relação à Santa Casa, porque não houve nexo causal entre as sequelas (paraplegia e mudez) e a infecção hospitalar, conforme o laudo pericial e em relação à UNIMED, por entender, o magistrado, que a transferência para Hospital não conveniado correu por conta e risco do segurado.

Por sua, vez, em sede de 2º grau, o relator proferiu o seu voto pelo provimento, em parte, do recurso, no que foi seguido por todos os outros

Desembargadores. A fundamentação do voto se deu em duas partes, primeiro tratou sobre a UNIMED e depois sobre a Santa Casa.

Em relação a UNIMED, asseverou que as partes estão ligadas a contrato que só podem se desvincular por razões de força maior ou caso fortuito e o contrato juntado não exclui a possibilidade da utilização de serviços médicos não conveniados, desde que haja urgência e autorização, entretanto a UNIMED não autorizou sob a fundamentação de estar esgotado o limite de cobertura do segurado, ora apelante. Por sua vez o Hospital Albert Einstein possuía tabela própria, por isso em razão do princípio da razoabilidade, de forma a evitar o enriquecimento sem causa ou o pagamento de um serviço não prestado, ficaria a UNIMED obrigada a ressarcir metade do pagamento efetivado, uma vez que se acaso estivesse a paciente internada em hospital credenciado teria de efetivar as despesas conforme a cláusula 1ª do contrato de adesão, por isso não há prejuízo para si.

Outro ponto de argumentação que diz respeito à negativa de autorização, por estar esgotado o limite de cobertura, também, não prospera, segundo o Relator. O tal limite de cobertura consta no Plano de Assistência Médica Hospitalar que se extrai do contrato realizado entre os contratantes, contudo, o Desembargador-Relator salientou que a simples assinatura de um contrato de adesão não tem o condão de validar suas cláusulas ilegais, a vontade continua essencial à formação dos negócios jurídicos, mas nos moldes atuais deve ser levando em conta a relativização da noção de força obrigatória e intangibilidade do conteúdo do contrato, a limitação de cobertura fere o art. 39 do Código de Defesa do Consumidor.

Para arrematar seu relatório, o Desembargador afirmou de que “não existe meia vida, pois utilizando o raciocínio lógico: ou tem vida ou não a tem. Da mesma forma, não existe meio serviço, ainda mais quando está em jogo bem indisponível (a vida)”, pois não é possível se cogitar em autotutela quando trata-se de bens indisponíveis. Ademais o lucro é secundário quando se trata de saúde pública.

Argumentou que o direito à vida é uma preocupação que aflige o mundo, por norma internas e por normas internacionais como: I - Convenção Americana de Direitos Humanos (artigo 4º n° 1): “toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o

momento da concepção”. II - Pacto Internacional dos Direitos Civil e Políticos (artigo 6º n° 1): “o direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida”. Para o Desembargador Relator “não somente o direito de viver deve ser respeitado, como, também, a outra vertente do direito à vida, ou seja, viver dignamente”.

Para ele, em certas situações, a limitação de cobertura do serviço de UTI poderá levar a ortotanásia, procedimento, segundo ele em seu relatório, vedado pelo ordenamento jurídico brasileiro e de tal gravidade que seria tipificado como homicídio qualificado por visar o lucro e o motivo ser torpe, portanto, a limitação de cobertura, seria no mínimo, prática abusiva e, portanto, cláusula nula, aquela que não produz efeitos, em decorrência de sua ilicitude, por encontrar-se ausentes os requisitos de validade.

O voto foi pela condenação da UNIMED ao pagamento da metade das despesas realizadas pelo apelante e em relação à Santa Casa foi pelo pagamento das despesas dispendidas em outro hospital, em face de ter a esposa do autor apresentado no Hospital Albert Einstein quadro anti-higiênico, uma vez que as cânulas, cateteres e traqueostomia estavam infectados, indicando que a Santa Casa não seguiu os protocolos de qualidade para o manuseio dos objetos, decorrendo portanto, a infecção hospitalar, quadro jurídico de Responsabilidade Civil.

Em posição contrária à concepção do Tribunal de Justiça do Mato Grosso de que ortotanásia seria crime no ordenamento jurídico brasileiro, o Processo que tramitou no Rio Grande do Sul no qual o MP ingressou para que tivesse autorização judicial para amputar o pé do Sr. José Carlos se manifestou pela possibilidade e legalidade da ortotanásia.

O MP afirmou que o paciente foi clinicado sem sinais de demência, mas com depressão e que vê a morte como alívio do sofrimento, mesmo assim ingressou com a medida para que justiça suprisse a vontade do idoso e fosse expedido alvará ao Hospital Colônia Itapuã autorizando a amputação do pé esquerdo do paciente.

Segundo o Relator, o juízo de primeiro grau indeferiu o pedido, argumento que : “não se trata de doença recente e o paciente é pessoa capaz, tendo livre escolha para agir e, provavelmente, consciência das eventuais

consequências, não cabendo ao Estado tal interferência, ainda que porventura possa vir a ocorrer o resultado morte”, (1ª Câmara Cível, TJRS, RS, 2013).

O MP apelou sob o fundamento de que o idoso corria risco de morrer em decorrência de infecção generalizada caso não realizasse a amputação e que o juízo de segundo grau deveria “reconhecer a prevalência do direito à vida, indisponível e inviolável em face da Constituição Federal” e que este fundamento, justificaria, por si, só, a contraposição do desejo do paciente.

A Procuradoria de Justiça opinou, neste processo, pelo desprovimento do recurso.

O Relator no seu voto considerou que no laudo psicológico o paciente se opõe à amputação e “está desistindo da própria vida, vendo a morte como alívio do sofrimento”, considerou, também, o laudo psiquiátrico atesta a lucidez do paciente, (1ª Câmara Cível, TJRS, RS, 2013). E fez uma síntese retrospectiva sobre o Biodireito. Fez um apanhado acerca da eutanásia, da ortotanásia e da distanásia, entendendo a eutanásia da como situação na qual o paciente, diante de uma doença incurável ou diante de possibilidade de não ter uma vida digna, pede ao médico ou a outrem que extermine sua vida, a fim de evitar dores físicas e psicológicas que advirão em razão da enfermidade, situação não permitida pela legislação brasileira.

Considerou a ortotanásia como a morte no seu devido tempo, sem que haja prolongação a vida ou ao sofrimento, através de meios artificiais, e que vêm sendo entendido como possível pela legislação brasileira, já que o médico não é obrigado a submeter o paciente à distanásia para tentar salvar a vida, vendo a distanásia como uma futilidade médica, pela qual tudo deve ser realizado para manter a vida do paciente, mesmo que seja inútil e “cause sofrimento atroz ao paciente terminal”. Para o Relator a distanásia “na realidade não objetiva prolongar a vida, mas o processo de morte”, e por isso, em sua visão é possível admitir que “o médico suspenda procedimentos e tratamentos, garantindo apenas os cuidados necessários para aliviar as dores, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”, (1ª Câmara Cível, TJRS, RS, 2013)..

O caso em juízo, na perspectiva jurídica do Desembargador Relator se insere no âmbito da ortotanásia, pois não é possível invadir a esfera privada do



paciente, se essa recusa ato cirúrgico mutilatório, mesmo que o objetivo seja salvar sua vida.

Embora possa ser questionado se mesmo havendo tratamento de cura ainda é possível falar em ortotanásia é de se responder que sim, pois não estava dentre os conceitos de vida digna do idoso viver mutilado.

O Relator lembra que o Papa João Paulo II, ao promulgar, em 1995, a Encíclica *Evangelium Vitae*, condenou apenas a eutanásia e a distanásia, sendo silente quanto à ortotanásia, o que para ele, implicaria em sua admissão pela Igreja Católica. Lembra, também, da Resolução nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM), afirmando que existe razoável doutrina especializada no sentido da previsão da ortotanásia.

Para o Relator, no âmbito Constitucional, o direito à vida não é absoluto para o seu titular, não há crime por tentativa de suicídio, não há obrigação constitucional de viver, há direito à vida, “o direito à vida garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade”.

O Des. Relator cita artigo de Thiago Vieira Bomtempo, *Análise Constitucional da Ortotanásia: O Direito de Morrer Com Dignidade*, no qual retrata acerca do tema o seguinte: “não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento, embora haja o dever estatal de que os melhores tratamentos médicos estejam à sua disposição”. E que o mesmo autor citado revela ser um desrespeito médico não reconhecer a liberdade do paciente, o seu livre consentimento, o direito à informação, como garantia constitucional, podendo ser até considerado crime: pode caracterizar cárcere privado, constrangimento ilegal e até lesões corporais, conforme o caso. O paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se, vai se submeter ao tratamento ou, tendo esse já iniciado, se vai continuar com ele.

Em sua síntese o Relator finaliza tratando do Testamento Vital, figura instituída na Resolução do CFM n.º 1995/2012, na qual consta que “Não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano”, prevendo a possibilidade da pessoa se manifestar antes da fase crítica, em plena consciência, e que sua vontade deve prevalecer sobre a vontade de todos os outros.

No âmbito infraconstitucional, Desembargador Relator cita o artigo 15 do Código Civil: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” E enfatiza que, independentemente, da existência do risco de vida, ninguém deve ser constrangido a tratamento ou intervenção cirúrgica, ademais quando há mutilação em seu corpo.

Finalmente, arremata, afirmando que embora louvável a preocupação do Apelante, “por outro não se pode desconsiderar o trauma da amputação, causando-lhe sofrimento moral, de sorte que a sua opção não é desmotivada”. E que considera as alegações do autor, o seu testamento vital

O Recurso do MP foi, portanto, desprovido, e a votação foi unânime, seguindo o entendimento do Relator.

## 7.6 A VISÃO DO STF SOBRE A MORTE COM INTERVENÇÃO ANALISADA SOB O OLHAR DA DECISÃO DA ADPF 54

O Supremo Tribunal Federal (STF), por maioria de votos (oito a dois), no dia 12 de abril de 2012, julgou procedente o pedido veiculado na Ação Direta de Preceito Fundamental (ADPF) n.º 54 proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) no ano de 2004 que tinha como objeto uniformizar a conduta dos profissionais da saúde em relação a interrupção da gravidez de feto anencéfalo.

A ADPF 54, movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, consistia em verificar se a interrupção da gravidez em gestação de feto com malformação do tubo neural<sup>91</sup>, se caracterizaria como crime de aborto, previsto no artigo 124 do Código Penal, a decisão foi pela autorização da gestante em interromper a gravidez, sob o fundamento de o feto anencéfalo era um natimorto cerebral.

Sob a visão da ADPF 54 adiante estão expostos os votos dos Ministros sob a ótica do bem jurídico à vida e foram destacados aspectos do voto para

---

<sup>91</sup> Anencefalia se caracteriza pela ausência parcial do encéfalo e da calota craniana. Um recém-nascido com anencefalia, geralmente, é cego, surdo, inconsciente e incapaz de sentir dor. Não existe cura ou tratamento padrão e o prognóstico para estes paciente é a morte (ANENCEFALIA... . 2013)

descobrir como julgariam processo em que o tema fosse a interrupção da vida em razão de sofrimento, em prol da morte digna do paciente fora de possibilidades terapêuticas atuais.

Participaram do julgamento da ADPF 54 os Ministros Marco Aurélio Mello, Rosa Weber, Luiz Fux, Cármen Lúcia, Ricardo Lewandowski, Ayres Britto, Gilmar Mendes, Joaquim Barbosa, Celso de Mello, Cezar Peluzo e Dias Toffoli. Atualmente não fazem mais parte do STF o Ministro Joaquim Barbosa, Cezar Peluzo e Ayres Brito. Que foram substituídos pelos Ministros Luiz Edson Fachin, Teori Albino Zavascki, Luis Roberto Barroso, respectivamente. E com a morte do Ministro Teori Zavascki, Alexandre de Moraes.

Portanto, 11 Ministros dos que participaram da decisão da ADPF 54, 8 (oito) ainda encontram-se no STF, sendo que o Ministro Dias Toffoli não participou da votação porque havia atuado como Advogado Geral da União, portanto os votos dos 7 (sete) Ministros que ainda compõem a Corte Suprema serão analisados<sup>92</sup>.

O Ministro Marco Aurélio foi o relator do processo e quando do seu voto, asseverou que não estava ali para descriminalizar o aborto, mas para saber se a interrupção da gravidez de feto anencéfalo encontrava-se de acordo com a Constituição Federal, especialmente os preceitos que “garantem o Estado laico, a dignidade da pessoa humana, o direito à vida e a proteção da autonomia, da liberdade, da privacidade e da saúde” para que pudesse ou não ser constituído crime.

O Ministro Marco Aurélio apresentou, inicialmente, um histórico da relação no Brasil entre a Igreja e o Estado, ressaltando que desde a Constituição do Império se declarava liberdade religiosa, mas a religião Católica era a oficial, indicando ser o Brasil um Estado religioso com certa tolerância às demais religiões. Em 1890, na mudança do Império para a República, por um Decreto, há a ruptura entre o Estado e a Igreja Católica Apostólica Romana, aplicando

---

<sup>92</sup> A petição inicial da CNTS foi assinada pelo então advogado Luis Roberto Barroso, que já foi citado neste trabalho por conta de textos que escreve sobre o final da vida, que tem como pano de fundo o princípio da dignidade e autonomia, considerando o indivíduo como um fim em si mesmo. Atualmente, Luis Roberto Barroso é Ministro do STF. Recomenda-se a leitura: BARROSO, Luis Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida.

plena liberdade de culto. E a CF de 1891 trouxe a laicidade como princípio o que foi copiado por todas as demais Constituições que lhe sucederam.

Afirma o Ministro Marco Aurélio todo tema deve estar isento de qualquer intervenção religiosa, porque o Estado é neutro, as concepções religiosas se situam e devem permanecer no âmbito privado, ter liberdade religiosa em um Estado laico, é informar que nenhuma religião poderá determinar ao Estado qual o tratamento de deverá conceder a outros direitos fundamentais, como por exemplo, “direito à autodeterminação, o direito à saúde física e mental, o direito à privacidade, o direito à liberdade de expressão, o direito à liberdade de orientação sexual e o direito à liberdade no campo da reprodução.”

Em seu voto o Ministro aduz que encontra-se convencido de que o feto anencéfalo não possui vida cerebral é apenas um ser biologicamente vivo, em razão de células e tecidos vivos, no entanto é um ser juridicamente morto, não sendo conduta tipificada no Código Penal abortar um bem que não é juridicamente protegido. O que poderia presumir que o Ministro votou em favor da interrupção da gestação por conta de um natimorto.

Entretanto, o Ministro Relator vai além ao tratar de uma suposta hipótese de viabilidade de vida para o feto anencéfalo, neste caso deveria se definir e ponderar valores como dignidade, liberdade, saúde, autodeterminação, porque a vida não possui valor absoluto. E ao afirmar que o direito à vida não é absoluto, o Ministro lembra que é causa de excludente de ilicitude o aborto ético, aquele decorrente de um estupro, quando a vida do feto poderia ser viável, e não há discussão em torno disso.

Ao delinear sobre o direito à saúde da gestante, o Min Marco Aurélio citou o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) que vê a saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de enfermidade” e o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre população e desenvolvimento, em 1994, no qual ficou estabelecido que toda pessoa deve gozar do “ mais alto padrão possível de saúde física e mental”.

Há de se destacar a fala do Ministro Relator quando esclarece como a manutenção obrigatória da gravidez é danosa à saúde psíquica da mulher e de toda família envolvida, uma vez que a mulher que espera um feto anencéfalo, está repleta de “sentimentos mórbidos, de dor, de angústia, de impotência, de tristeza, de luto, de desespero, dada a certeza do óbito”.

Para o Ministro os avanços tecnológicos estão para servir a humanidade, fazendo cessar sentimentos mórbidos e não inserindo-os, cabendo à ordem privada identificar sua dor, os sentimentos e dores são de ordem pessoal, ao Estado não cabe intromissão, apenas conceder apoio médico e psicológico ao cidadão que dele necessita. Cada qual é livre para autodeterminar-se, para escolher e agir, para exercer sua autonomia e sua dignidade.

O STF deve ser desprovido de qualquer dogma ou paradigma moral e religioso, diz o Ministro, deve garantir direito da manifestação livre de forma a que somente a pessoa possa avaliar seu sofrimento, e por estas razões se mostrou favorável a Ação Direta de Preceito Fundamental.

Em seguida os Ministros passaram a relatar seus votos, após o voto Ministro Relator, foi a vez da Ministra Rosa Weber que fez um reexame de todos os conceitos sobre os quais se funda a ação, e asseverou que cada pessoa possui suas próprias idiossincrasias, suas crenças e suas convicções de toda ordem. Expôs que a proteção da vida não deve decorrer de pressupostos médico/científicos e sim de critérios jurídicos que circundam em torno dela, pois a medicina determina se um fato é considerado correto ou falso na sua própria área e não nas outras. A morte encefálica, por exemplo, permite o reconhecimento do estado de morte, mesmo existindo outras partes em funcionamento, que brevemente sucumbirão. Para a Ministra devem ser observados os paradigmas para que se possa verificar a alteração de fatos e consequentemente seus conceitos, para que se consiga chegar a percepção do objeto da forma mais acurada possível ao novo conhecimento.

Em seguida votou o Ministro Joaquim Barbosa<sup>93</sup>, que não está mais entre os Ministros do STF.

O Ministro Luiz Fux, por sua vez, diz que as visões do mundo são pluralistas e deve ser sempre possível uma posição mediadora, que não fique nos extremos, que o sujeito de direito, por sua natureza, deverá ser visto sempre

---

<sup>93</sup> Em seu voto o Ministro Joaquim Barbosa asseverou que a ADPF, em última análise cuida da tutela jurídica da liberdade da mulher de dispor do seu próprio corpo e de sua autodeterminação. O direito de escolha é legal, independente da viabilidade ou inviabilidade do feto. Em nome da saúde física e psíquica, dos interesses pessoais, convicções morais e religiosas, não há o que se contrapor ao princípio da dignidade da pessoa humana porque se procede a uma ponderação entre os valores jurídicos tutelados pelo direito disse o Ministro que votou pela procedência do pedido.

com olhos de quem lhe deve respeito por sua dignidade, que é categoria primordial da bioética. Cita Rober Alexy, para afirmar que não há direitos absolutos em um ordenamento jurídico, se se garante os direitos fundamentais e Günther Jakobs, para afirmar que às vezes a vida é diminuída para que se possa combater sofrimento maior.

O Ministro Luiz Fux ainda que devam ser respeitados ambos os direitos, da mulher que deseja interromper a gravidez e daquela que quer chegar ao seu termo, assevera que as sanções devem ser justas, e o Direito Penal hodierno recomenda que as “sanções criminais devem ser o último recurso para conjurar a antinomia entre a vontade individual e a vontade normativa do Estado”, neste sentido julgou procedente a demanda.

Igualmente ao posicionamento anterior, a Ministra Carmem Lúcia revela que todos são a favor do direito à vida, da dignidade à vida, entretanto, em uma sociedade pluralista e democrática, cada qual possui sua visão de mundo suas ideias e crenças, no entanto, no judiciário deve ser observada a direção que a Constituição Federal impõe, de forma a ponderar os princípios postos, e o princípio fundamental do constitucionalismo brasileiro positivo contemporâneo está fundado na dignidade da vida e assim as leis de todo o sistema legislativo.

No caso concreto, segundo a Ministra Carmem Lúcia deve ser considerada qual a menor dor, já que a vida está consubstanciada na saúde física e psíquica. Devem ser considerados outros princípios além, da dignidade, o da liberdade, da legalidade, preservando à autonomia da vontade. Embora seja impostos aos médicos o respeito à vida humana, após todos os esclarecimentos necessários, este profissional deverá respeitar os sentimentos, crenças, liberdade e autonomia de decisões a fim de que a pessoa possa fazer a escolha que lhe pareça mais apropriada para si, salvo as situações de urgência. Sendo essencial o consentimento livre, após todas as informações, do paciente, para atos a serem praticados, cabendo renovação.

Afirma a Ministra Carmem Lúcia que guarda da Constituição da República conta com o reconhecimento da evolução da ciência e da tecnologia, com a laicidade do Estado, acompanhando a forma de ser da sociedade e as necessidades do homem, e o judiciário não poderá se furtar de decidir conforme as normas e ética jurídica, pois a lei não excluirá da sua apreciação lesão ou ameaça a direito. Sem dúvida, diz a Ministra que a Constituição assegura

inviolabilidade do direito à vida, mas não existe direito absoluto e que toda questão encaminhada ao judiciário deverá ser examinada e decidida de forma independente de moralismos ou religiões. O voto foi pela procedência da Arguição de Preceito Fundamental.

É do Ministro Ricardo Lewandowski, o segundo voto contrário à ADPF, ele ressalta que o judiciário não pode transpor determinadas barreiras, que a causa é complexa do ponto de vista jurídico e científico porque envolve o princípio fundamental, consagrado na Constituição Federal e em diversos tratados internacionais assinados pelo Brasil, do direito à vida.

O Ministro supracitado fundamenta sua decisão em dois pontos: primeiro que o hermeneuta não pode julgar contrário a expressão literal da lei, e segundo, que não pode contrariar vontade inequívoca do legislador, nem lhe substituir. Afinal, a Constituição concedeu foi ao Legislativo a função de regulamentar as relações da sociedade e não ao Judiciário. Enfatiza o Ministro que o Supremo Tribunal Federal, como Corte Constitucional que é, tem exercício de legislador negativo, cabendo a si a função de retirar do ordenamento jurídico as normas com a Carta Maior incompatíveis, evitando qualquer excesso no exercício da função do legislativo.

O Ministro Ayres Brito havia sido o próximo a declarar seu voto, entretanto, não se encontra mais entre os Ministros do STF<sup>94</sup>.

O Ministro Gilmar Mendes se opôs a fala do Ministro Ricardo Lewandowski no sentido de afirmar o dogma da Corte como legislador negativo. Para o Ministro Gilmar Mendes a Corte, diante da necessidade de uma interpretação evolutiva da legislação, apresentar efeitos aditivos ao ordenamento jurídico, não retirando o poder do legislador, a qualquer tempo, editar a norma. O Ministro atuou seu voto na compreensão da laicidade do Estado, por isso considerou indispensável a participação de todos os seguimentos religiosos a fim de que se possa escutar seus argumentos e visões no processo constitucional. Apresentou legislação de outros países que permitem o aborto,

---

<sup>94</sup> O Ministro Ayres Brito se posicionou a favor da ADPF, reconhecendo a autonomia da vontade, asseverou que o abalo psíquico, que a dor moral e física também são bens jurídicos a tutelar, que não se pode ignorar sentimentos, pois eles são a linha de partida do princípio da dignidade da pessoa humana, valioso para o Direito Penal, independentemente da matriz fincada no Direito Constitucional.

mas não deixou de ser debate na sociedade, cada dia gerando novas concepções sociais, científicas e tecnológicas.

Destacou o Ministro Gilmar Mendes que em um Estado Democrático de Direito o valor à vida deverá ser preservado pelo Estado, pois a vida é pressuposto elementar de todos os direitos e liberdades. Ressalta que a ponderação de valores é bastante complexa, na medida em que se afirma um valor se nega outro, mas a lei tem que ser interpretada de acordo com os novos aspectos da vida social. Ponderou o direito à proteção à integridade física e psíquica, à privacidade e à intimidade, aliados à autonomia da vontade e decidiu pelo deferimento da ADPF.

O Ministro Celso de Mello iniciou seu voto afirmando que a discussão da ADPF 54 era histórica porque através dela se alcançava a discussão do sentido da vida e da morte. Declarou o Ministro que o Brasil é laico, secular e democrático, capaz de “conferir dignidade às experiências da vida e aos mistérios insondáveis da morte”, o que possibilita que o STF supere os desafios dos dilemas éticos e jurídicos apresentados proferindo decisão com o olhar emancipatório dos direitos humanos, numa posição estrita de neutralidade axiológica.

O Ministro Celso de Mello assegura que a punição criminal da mulher que interrompe o parto do feto anencéfalo é indevido pela interferência do Estado na esfera da autonomia privada, que os princípios da dignidade humana, liberdade, autodeterminação pessoal e intimidade devem ser protegidos. Não se justifica o imenso sofrimento e a submissão inútil trazidas pela gravidez.

Ainda revela o Ministro acima referido que não questiona a sacralidade e inviolabilidade do direito à vida, certo que há um antagonismo entre valores fundamentais: o direito à vida, de um lado e os direitos à saúde (física e psíquica) à liberdade e dignidade de outro. Entretanto, o postulado da dignidade da pessoa humana é que inspira todo o ordenamento constitucional vigente no Brasil e nas declarações e postulados interacionais, não podendo o modelo de liberdade, tolerância e respeito à alteridade humana ficarem apenas em palavras vazias, cabendo ao magistrado, quando lhe couber, concretizá-los. Julgando, por fim, a ADPF procedente.



O último a votar foi o Ministro Cezar Peluso<sup>95</sup>, como Presidente do STF, entretanto, também, não encontra-se mais junto à Corte.

Portanto, dos atuais onze Ministros originários do julgamento da ADPF 54, oito se encontram ainda no cargo, destes um foi afastado por impedimento, sete explicitaram seus votos e destes, seis votos jugaram procedente a ação mencionando a autonomia, a liberdade, a autodeterminação da pessoa como um dos fundamentos para a decisão. Certamente, em uma batalha sobre a morte digna no STF haveria propensão de 6 (seis) votos a favor da morte digna, o que a demanda já sairia vitoriosa.

---

<sup>95</sup> O Ministro Cezar Peluzo votou contrário a ADPF 54, revelou que naquela ADPF estava se discutindo o alcance constitucional do efeito da vida e sua tutela normativa, diferente da decisão que tratou sobre a pesquisa em células-tronco embrionárias( ADI 3510), porque ali a ideia de vida humana estava completamente afastada.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar a presente pesquisa apresentando casos do José Humberto, da Dra. Virgínia Helena e do Roberto Rodrigues, além de ser uma forma de apresentar a relevância e a atualidade do tema proposto, também, foi uma maneira de firmar convicções ou modifica-las após a leitura dos elementos que foram se seguindo, partindo-se da premissa de dilemas éticos proporcionados pelo direito de morrer dignamente diante de uma doutrina divergente, um ordenamento jurídico lacunoso e um judiciário sem uniformidade em suas decisões.

Nos três casos apresentados nenhum dos pacientes apresentou as diretivas antecipadas de vontade como documento idôneo para a realização de morte digna, no entanto, todos assim desejavam. Entretanto, as DAV só podem ser realizadas se houver capacidade de fato e higidez mental.

O caso José Humberto, a mãe possuía o Direito Constitucional de pedir a tutela ao judiciário, afinal a ordem natural é que uma mãe não veja o seu filho padecer, no entanto por ser José Humberto maior e capaz, tinha-se como primeiro pensamento jurídico que, por mais que José Humberto desejasse a morte digna tendo como fundamento a ortotanásia, a morte tranquila a seu tempo certo, o seu direito privado deveria ter sido preservado por ser maior e capaz, o arrependimento posterior por não ter realizado as seções de hemodiálise não encontra-se na esfera da Poder Judiciário, são questões que refletem o ônus no exercício da autodeterminação, própria da esfera privada.

O que motivou o magistrado na sua decisão em favor da mãe de José Humberto foi, após uma perícia multidisciplinar, que o jovem não tinha discernimento suficiente para entender a gravidade do fato. Faltou em José Humberto, o que muitas crianças e adolescentes possuem, mesmo incapazes: discernimento, visto como capacidade inerente à pessoa de realizar seus desejos, após uma avaliação dos elementos favoráveis e desfavoráveis e suas possíveis consequências.

Portanto as condições físicas, psicológicas e sociológicas da pessoa são condições que estabelecem um parâmetro para sua higidez mental e entendimento sobre suas escolhas, cuja decisão sobre morte digna não é uma questão de ser capaz ou incapaz para vida civil, mas de discernimento, que

assim como algumas crianças possuem, alguns adultos não têm. No entanto, aos adultos presume-se a capacidade a partir dos 18 anos. Outros países, conseguiram entender este fato, por isto a possibilidade da morte assistida para crianças: Holanda, Bélgica e Colômbia. As diretivas antecipadas de vontade seriam nulas caso José Humberto as tivesse escrito.

Entende-se que a prática em países que permitem a eutanásia ou suicídio assistido em crianças é promover a dignidade da pessoa humana através da morte digna, na qual se busca qualidade de dias e não quantidade deles. Os infantes não deveriam passar por sofrimentos desnecessários, quando sua morte é certa e iminente.

Assim, da mesma forma que a criança ou adolescente, deverá ser previamente ouvido por uma equipe interprofissional, para alcançar sua morte digna, aquele adulto que não possui discernimento para entender os contornos da recusa de tratamento, também, pode ser alvo do judiciário.

No caso da Dra. Virgínia Helena, a maior parte dos pacientes encontravam-se na UTI, a médica foi inocentada pela prática da eutanásia nos pacientes. Eutanásia esta, praticada em muitos países e vista como prática da boa morte, contudo, antecipar o final de vida não é conduta lícita no Brasil. Já que não havia diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, a doutora deveria ter procurado a família antes de realizar procedimentos baseados no poder da direção da UTI.

A prática de eutanásia é tipificada como crime de homicídio, nos termos do Código Penal atual, quanto no seu anteprojeto. Mas, houve a prática da ortotanásia pela Dra. Virgínia como foi alegado na defesa? Enfatizou-se que a ideia da ortotanásia é a morte ao seu tempo certo, com o menor sofrimento ao paciente em terminalidade, sem antecipar, nem prolongá-la, como ocorre na distanásia, no entanto, para que sejam desligados aparelhos ou cessados tratamentos inúteis se faz, novamente, presente a figura da autonomia da vontade do paciente, no caso de sua incapacidade naquele momento, de uma diretiva de vontade que tenha feito, de um procurador para os atos de existência, e na sua ausência, a vontade da família.

Através da Resolução 1.805/2006, validada pelo judiciário em 2010, o CFM regulamentou a prática da ortotanásia, permitindo aos médicos que a interrupção de tratamentos que apenas prolongassem a vida daqueles que

encontravam-se em estado de terminalidade, o estado vegetativo persistente é um estado de terminalidade, no entanto, o médico não está autorizado a atuar livremente promovendo a morte nestes pacientes, ao mesmo tempo que não é obrigado a utilizar recursos extraordinários, toda conduta médica deverá ser consentida, autorizada pelo paciente, e na sua falta, pelas demais pessoas que o representam.

A Dra. Virgínia Helena desligou os aparelhos de quem não tinha chance de cura, deixando os pacientes livres para morrerem naturalmente, sem antecipar a morte, sem causar eutanásia e sim ortotanásia, por isto foi inocentada, não há crime no Brasil pela prática da ortotanásia. Pode ter causado espanto aos que denunciaram a médica pelos atos por ela praticados na UTI, uma vez que a prática no Brasil é manter o paciente “vivo” o mais tempo possível, inclusive, como se viu, desejo da maior parte dos brasileiros, mesmo quando em estados de irreversibilidade. O que deve ser um caminho a se reverter, a fim de que possibilite vagas nas UTIS para pacientes que tenham chances de vida.

Contudo, na seara cível, deve-se entender que a autonomia da vontade dos pacientes ou dos seus representantes deveria ter sido preservada. A Resolução 1.805/2006 recomenda que a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que apenas prolonguem a vida do doente fora de condições terapêuticas, desde que respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal, em caso de incapacidade. Portanto, processos cíveis que resultariam na responsabilidade civil do médico.

O terceiro caso apresentado no início deste estudo foi o de Roberto Rodrigues, acusado de crime de homicídio em face de ter atirado em seu irmão Geraldo, que era tetraplégico. Foi apurado que Geraldo implorou que o irmão lhe tirasse a vida porque ele mesmo não poderia fazê-lo, a vida digna de Geraldo se fora no dia em que tornou-se tetraplégico, além da tortura psicológica que sentia, as dores físicas. E Roberto por pura compaixão pelas dores que Geraldo enfrentava diariamente, cumpriu com o intento do irmão realizando o que Geraldo considerava como morte digna.

Implementar o princípio da dignidade humana para compreender a morte de Geraldo é repassar todos os seus princípios gravitadores, de liberdade para escolher sua morte; da igualdade por se considerar diferente dos demais; da integridade física e psíquica, em relação ao direito de não ser torturado por estar

dentro de seu próprio corpo; da proporcionalidade e da razoabilidade por ser a morte o melhor tratamento que pudesse lhe administrar; da solidariedade social, no sentido de que a sociedade e o Estado tivessem lhe proporcionado políticas públicas para a realização de uma morte digna.

Geraldo era maior, capaz e plenamente cômico do que vivia e do que sentia, a morte para ele seria a redenção. Perfeitamente cabível que Geraldo, por ter discernimento e ser maior, pudesse realizar suas diretivas antecipadas de vontade para que os cuidados paliativos fossem realizados, diminuindo sua angústia e suas dores, porém o Estado não está legislativamente e nem estruturalmente preparado ainda para os cuidados paliativos que circundam as dores físicas, psíquicas e as dores da alma, o que poderia ter evitado o pensamento suicida de Geraldo.

É possível que Geraldo ainda continuasse com a busca pelo suicídio assistido, afinal o que se verificou é que a morte digna ao paciente terminal ou de doença crônica e irreversível é fazer com que a vida lhe pertença.

Na atualidade, é o Estado quem escolha a forma de morrer de seu povo. E enquanto interfere na autonomia privada, nos conteúdos relativos aos direitos de existência e a forma de viver é ditada por ele, deve ser respeitada, mas não que se conforme com ela, porque o direito é uma ciência do dever ser, de se mostrar determinantes normativos, conforme se extrai da essência da sociedade, sempre em evolução. Sob interesse de preservar a vida, o Estado interfere na autonomia privada dos direitos de existência. No entanto, viu-se que alguns países já permitem no seu ordenamento jurídico a morte assistida, sob determinadas condições, sem no entanto, deixar que a vida seja preservada.

Deverão ser reconhecidos os limites impostos pela lei, mas lutar para que a lei mude e implemente morte digna a todos, é também um dever. A religião como valor que agrega e limita atos em relação ao paciente em estado de terminalidade, também, deverá ser respeitada e reconhecida para os seus adeptos. Entretanto, ficou demonstrado que uma pequena parcela da sociedade brasileira não pratica nenhuma religião e como a lei é dirigida a todos, esta parcela deverá ser permitida a morte digna da forma como pretendessem, mesmo que implicasse em eutanásia e suicídio assistido.

Por ser a eutanásia considerada crime no Brasil, o advogado de Roberto Rodrigues teve que buscar artifícios na lei penal para apresentar na sua defesa,

utilizando a coação moral de natureza irresistível, para livrar seu cliente de um homicídio doloso, causado por amor fraternal.

A lei brasileira não admite a eutanásia, nem o suicídio assistido, mas os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional estão repletos de termos como a morte digna. Entretanto, para que esta morte digna possa um dia sair do papel é preciso que o Estado não interfira nos direitos que tratam da existência, em casos de pessoas que possuem discernimento sobre os seus atos e consequências deles, sem esquecer dos princípios éticos que se revelam nos dilemas entre vida e morte.

A bioética se faz presente em todos os casos supracitados, pois em seu viés principiológico assegura o tratamento de indivíduos como seres autônomos (princípio da autonomia), responsáveis por suas escolhas em relação à sua vida, ao seu corpo, e às suas atitudes, protegendo quem não possui tal discernimento. A bioética está voltada para o melhor bem estar do paciente, não como uma questão subjetiva, mas de dever que o médico possui ao informar o que é melhor para o paciente em terminalidade, atendendo-o de acordo com suas escolhas, voltado para saber como o paciente ficará em paz com sua consciência e com melhor bem-estar, físico, psíquico, social e espiritual (princípio da beneficência), sem causar-lhe futuro mal (princípio da não maleficência), aplicando-lhe critérios de imparcialidade, mesmo que seu pensamento, devidamente informado, seja outro, pois o médico deverá ser justo e imparcial (princípio da justiça).

Ao longo do estudo pode-se identificar na doutrina que há vastos escritos sobre o tema, com os conceitos de eutanásia, suicídio assistido, distanásia e ortotanásia uniformes, mas há autores ainda que identificam a eutanásia passiva (omitir-se de determinado ato com o objetivo de provocar a morte do paciente, por compaixão ao seu sofrimento) com a ortotanásia (a morte do paciente não é provocada, ela segue seu curso natural, impedido medidas inúteis), o que se considera um erro grosseiro.

Outro ponto no qual se discorda de parte da doutrina é o fato de apresentarem a morte digna apenas quando realizada através da ortotanásia, uma morte natural e sem sofrimento. Entretanto, já que a lei impossibilita a eutanásia e o suicídio assistido, a distanásia pode ser opção de alguns que desejam lutar até o fim, aguardar uma providência divina ou dos homens chegar a tempo, e assim deve ser como planejou, porque a dignidade de morte possui

um caráter peculiar, é subjetivo, o Estado deverá proporcionar todos os meios para que o homem tenha sua dignidade, seu mínimo existencial, entretanto, a ele pertence estas escolhas. Para tanto, as diretivas antecipadas de vontade surge como documento imprescindível a fazer valer suas escolhas quanto a terapias, tratamentos e procedimentos cirúrgicos a serem realizados.

Quanto às lacunas legislativas elas existem! Mas, o Congresso Nacional possui vários projetos tramitando acerca do tema, prontos para serem aprovados, no entanto, há mudanças no seu quadro de titulares que fazem com que projetos de lei sejam arquivados se seus autores não conseguiram a reeleição, bem como projetos de lei que saem de uma casa para outra e são significativamente modificados quanto ao seu teor, o que impede celeridade e organização nos trabalhos.

Tramita no legislativo um anteprojeto do novo Código Penal, dispondo que ambas continuarão a ser consideradas condutas criminosas, inclusive, tipificando a eutanásia, ocasião em que, expressamente, o referido anteprojeto exclui de ilicitude a conduta do agente que pratica a ortotanásia.

A prática da ortotanásia é uma realidade no Brasil, não ser considerada crime explicitamente, auxiliará no término de discussões infundadas, mas ainda traz uma lacuna a ser preenchida. A falta de uma legislação nacional específica que contemple a prática da ortotanásia ou da distanásia prejudica todas as pessoas envolvidas, pacientes, médicos e familiares, que precisam de um norte legal para ter uma segurança jurídica para com os seus desejos e suas ações.

Os projetos de lei sobre a ortotanásia, também, seguem em tramitação, os que se julga mais importantes são o substitutivo do PL 6.715/2009, que modificou a ementa de origem “Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia”, para: “Dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase terminal de enfermidade”, que tramita na Câmara dos Deputados, permitindo a ortotanásia em pacientes portadores de enfermidade avançada e irreversível, com morte iminente e inevitável, sem qualquer esperança de recuperação e o Substitutivo do PLS 149/2018 que tramita no Senado.

O Substitutivo do PLS 149/2018 dispõe sobre o reconhecimento das diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes com doença terminal, doenças crônicas e/ou

neurodegenerativas em fase avançada e pacientes em estado vegetativo persistente.

No Brasil as diretivas antecipadas de vontade, como um documento que permite a expressão dos desejos quanto aos procedimentos médicos a serem tomados diante da incapacidade, é documento extremamente importante para promoção da morte digna.

As diretivas antecipadas de vontade seriam indicativos para os médicos na conduta que deveria proceder quando o paciente encontrar-se incapaz de decidir sobre o tratamento e procedimentos que gostaria de receber no final da vida. O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n.º 1.995/2012, disciplinou o tema, entretanto, pode-se verificar que as Resoluções do CRM valem para estabelecer comportamentos para sua classe de médicos, não um comportamento geral, no entanto, dada a sua importância e falta de legislação específica, é quem tem dado norte para os que escrevem suas DAVs, para o judiciário em suas decisões e para os constantes debates de conscientização e importância do tema junto ao legislativo e sociedade.

As diretivas antecipadas de vontade podem ser realizadas através de um testamento vital, quando se estabelece critérios sobre terapias e procedimentos que deseja receber na fase terminal, desde que maior e plenamente consciente e/ou o mandato duradouro, quando se indica uma pessoa de confiança para tratar em seu lugar dos direitos de existência. É pessoal, revogável, por prazo indeterminado, foi assim que disciplinou o Substitutivo PLS 149/2018.

No que a doutrina mais diverge nas diretivas antecipadas de vontade é quanto a sua forma, para uma parte deverá ser registrado em cartório para outros não. Na emenda substitutiva do Projeto n.º 149/2018, a forma disciplinada foi a de que as DAVs, facultativamente, podem ser registradas em cartório ou por instrumento particular, perante duas testemunhas, o que pareceu acertado o dispositivo. Porém, segundo o projeto referido, a forma de revogação pode ser oral, o que muito compromete a segurança do documento.

E uma inovação do Projeto supracitado foi determinação de criação de um Registro Nacional de Diretivas Antecipadas de Vontade (RENTEV), que deverá ser interligado aos arquivos do Colégio Notarial do Brasil, no qual as



instituições e profissionais de saúde deverão ter acesso gratuito, assim como acontece em Portugal.

A existência de tantos projetos de lei que tratam sobre as diretivas antecipadas de vontade e nenhum aprovado, frustra a sociedade, especialmente aquele que faz este documento, na expectativa de que em razão de uma possível incapacidade, ou uma doença terminal crônica, a forma de tratamento ou intervenções cirúrgicas a serem recomendadas seja de acordo com o que foi planejado para si, vendo ser respeitado pelo Estado o direito à morte digna, seja pela ortotanásia ou distanásia.

Os Estados, por sua vez, já não suportam esperar por lei federal que ampare a morte digna de acordo com os ditames do ordenamento jurídico, pouco a pouco, vão surgindo leis sobre a inserção de cuidados paliativos ao paciente em estado de terminalidade, como é exemplo os Estados de São Paulo, Maranhão e Paraná.

No que se refere ao judiciário e seus posicionamentos, ainda que tímidos, vem reconhecendo a importância da autonomia da vontade do paciente terminal e as decisões passam a ser pautadas com fundamento nos princípios da dignidade da pessoa humana e nos seus princípios gravitadores.

Nos casos analisados pôde-se verificar que o judiciário não deixa de julgar pelo fato da legislação ser lacunosa, no entanto, com posicionamentos jurídicos destoantes quanto a instrumentos e institutos que levam à morte digna, inclusive, em sede de mesmo Tribunal, como decisões sobre possibilidade de se ter testamento vital homologado junto ao Poder Judiciário, divergências quanto à decisões sobre os representantes de incapazes quanto a recusa de tratamento, e ainda sobre reconhecimento da ortotanásia enquanto tal.

O judiciário não poderá se furtar a questões que tratem sobre as DAVs, em razão do princípio constitucional da inafastabilidade do Poder Judiciário. Uma vez provocado, diante de lesão ou ameaça a direito, o Poder Judiciário deverá apresentar uma resposta à demanda, se existirem os pressupostos de existência e prosseguimento do processo. Ademais, o judiciário poderia, perfeitamente, tratar como jurisdição voluntária, assemelhando o testamento vital ao testamento ordinário e especial. Ampliando suas formas de reconhecimento.

Quando se refere às formas de reconhecimento das DAVs, é de perceber a validade do testamento vital por instrumento particular, através de

notário ou de homologação pelo judiciário, apresentando requisitos uniformes para sua eficácia de acordo com a Resolução n.º 1.995/2012 do CFM, enquanto o Projeto de Lei n.º 149/2018 não é aprovado. As Resoluções n.º 1805/2006 e 2.232/2019 do CFM, que tratam sobre ortotanásia e recusa terapêutica por pacientes, também, auxiliam na sua eficácia.

O judiciário, também, deverá ter critérios para o paciente fora de possibilidades terapêuticas em relação ao discernimento, se é possível filhos decidirem pelos pais, quando incapazes, também os pais podem e devem decidir pelos filhos, em situação idêntica. O que se presume é que a família deseja sempre o melhor para seus entes queridos, não havendo discernimento, os representantes serão os protagonistas da história de final de vida do paciente em terminalidade.

Diante de um sofrimento de um filho ante a terminalidade, e de pedidos para não amputarem-lhe membro, o judiciário, não pode, sem, pelo menos ouvir o menor, nomear curador. É direito da criança poder ser ouvida, expressar o que sente, embora não tenha capacidade de realizar suas próprias diretivas antecipadas de vontade. Se o judiciário aceita a ortotanásia a ser praticada pelo descendente ao ascendente incapaz, também deve aceitar a ortotanásia praticada pelos ascendentes em relação ao descendente absolutamente incapaz, sempre velando pelo princípio do melhor interesse da criança e princípio da proteção integral. Afinal, a ortotanásia não é crime.

Deve o judiciário avaliar se as escolhas do paciente maior com doença ameaçadora da vida são lícitas, se a sua vontade foi livre e consciente, e se ele está bem informado sobre a doença que lhe acomete e se entende as consequências de seus atos, pois é a sua vontade privada sobre os seus direitos de existência que deverão prevalecer seja ele idoso ou pessoa com deficiência plenos de capacidade. O mesmo não poderá ser aplicado às crianças e adolescentes que terão à sua vontade condicionada ao seu representante, salvo o relativamente incapaz, que poderá ter a vontade legal, dos seus representantes, substituída pela vontade judicial, no entanto, ambos deverão manifestar sua opinião.

Certo é que a autonomia do paciente terminal lúcido deve ser garantida como forma de conceder-lhe dignidade, de acordo com as suas verdades, cultura e religiosidade, conforme os contornos da bioética e do biodireito, desde que não

fira a lei, que não seja um caso de urgência que gere perigo de morte e não se tenha conhecimento das DAVs. Sabe-se que diante do adoecer e da terminalidade o paciente passa a ser estigmatizado, como se cada dor retirasse a sua capacidade mental, e o paciente idoso ou deficiente físico, mesmo capaz juridicamente se vê cercado de decisões tomadas por outros, o que não justifica, e que por outro lado, provoca mais ainda o conhecimento e feitura das diretivas antecipadas de vontade para que o direito seja estabelecido e exercido.

Não encontrando-se o paciente com higidez mental, buscar-se-á, nesta ordem, sua vontade através das diretivas antecipadas de vontade, mandato duradouro por ele deixado, cônjuge ou companheiro (conviventes à época), pais, descendentes (os mais próximos excluem os mais remotos), no caso de divergência entre eles, deverá ser acatada a decisão da maioria, em caso de empate, o juiz decide, e por último, na falta das pessoas indicadas acima, é o médico que o assiste.

O Reconhecimento de que o direito à vida não é absoluto, face da dignidade da pessoa humana, entendendo a licitude da ortotanásia deverá ser outro passo a seguir pelo judiciário, até porque de acordo com a análise dos votos feita junto à ADPF 54 que julgou favoravelmente à interrupção da gravidez de feto anencéfalo, foi observado que de sete votos avaliados de Ministros que, atualmente, compõem o STF, seis, provavelmente profeririam o seu voto de acordo com a autonomia da vontade do paciente em terminalidade, consagrando a morte digna.

Por fim é urgente que o Congresso Nacional aprove normas que dirijam as ações de todos os envolvidos no processo de terminalidade do paciente, consistindo em publicidade de informações sobre diretivas antecipadas de vontade, ortotanásia como elementos indispensáveis a realização da morte digna e, também, priorizando políticas públicas necessárias sobre cuidados paliativos.

Não é fácil desligar um aparelho respirador de quem se ama, mas o amor consiste em respeito às idiossincrasias, religião, cultura, forma de ser do outro. É preciso que se continue a falar sobre o final da vida, planejar e efetivar a cultura da morte digna entre a sociedade e o Estado, que tem o dever de apresentar políticas públicas de incentivo a boa morte, como, também, de promover

cuidados paliativos e a promoção e conhecimento para todos das diretivas antecipadas de vontade.

Para uns morrer dignamente é vivenciar o progresso das tecnologias para poder viver por mais um dia, mesmo à custa de certo sofrimento; para outros, morrer dignamente é ter a família por perto, é ter qualidade de dias, é não utilizar de procedimentos fúteis diante da incurabilidade.

Portanto, morrer dignamente é ter o tratamento que planejou para si, ao seu final. A doutrina possibilita vastas informações sobre a morte digna, o legislativo deverá ser cobrado para que faça sua parte, aprovando leis que auxiliem a todos que participam do final da vida de alguém em terminalidade, o judiciário deverá uniformizar suas decisões e todos devem sempre promover os debates para que não se perca nunca o bem maior: garantir dignidade à pessoa humana até os últimos dias da sua vida.

## REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel; DE BORBA TELLES, Lisieux E. **Psiquiatria Forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=YBMICwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=isbn:8582712820&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiHtequ5OXnAhWJGbkGHRnaBDUQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 20 fev de 2020.

ABREU, Célia Barbosa. **Curatela e Interdição Civil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

Advogada fala sobre primeiro caso de eutanásia na Colômbia. **Saúde Jur.** 03/09/2018. Disponível em: <https://saudejur.com.br/advogada-fala-sobre-primeiro-caso-de-eutanasia-na-colombia/>. Acesso em: 24 de jan de 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADO PALIATIVO (ANCP). **Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil**. Disponível em: [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE-SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf). Acesso em: 11 de abr de 2020.

AGUIAR JR, Ruy Rosado de. Consentimento informado. In: GODINHO, Adriano Martelo; LEITE, George Salomão; DADALTO, Luciana, (coords). **Tratado brasileiro sobre o direito fundamental à morte digna**. São Paulo: Almedina, 2017, p.339-362.

ALBUQUERQUE, Aline. **Objecção de Consciência do Médico e a Res. CFM nº 2.232/19**. Disponível em: <http://cvmed.com.br/2019/09/17/objecao-de-consciencia-do-medico-e-a-res-cfm-no-2-232-19/>. Acesso em: 01 de jan 2020.

ALBUQUERQUE, Roberto Chacon de, – A Lei Relativa ao Término da Vida sob Solicitação e Suicídio Assistido e a Constituição Holandesa, **in, Revista Brasileira de Direito Constitucional**, N.º 8, ESDC, 2006.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. **O direito fundamental à velhice digna: limites e possibilidades de sua efetivação**. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade de Fortaleza, Ce-Fortaleza, 2007.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Teoria & Direito Público. Tradução: Virgílio Afonso da Silva. 5.ed. São Paulo: Malheiros, 2008. Disponível em: <http://noosfero.ucsal.br/articles/0010/3657/alexxy-robert-teoria-dos-direitos-fundamentais.pdf>. Acesso em: 17 de mar de 2020.

ALMEIDA. Patricia Donati de. **Quais as diferenças entre eutanásia, morte assistida, ortotanásia e sedação paliativa?** LGF - Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes. Disponível em: <https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/42016/quais-as-diferencas-entre-eutanasia-morte-assistida-ortotanasia-e-sedacao-paliativa-patricia-donati-de-almeida>. Acesso em: 16 jan. 2019.

ALMEIRA, Cleomar. A espera de uma morte 'digna' jovem decide abandonar 'dor' do tratamento. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 30 de nov de 2017. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1939409-a-espera-de-uma-morte-digna-jovem-decide-abandonar-dor-do-tratamento.shtml>. Acesso em: 12 de jan de 2019.

ALONSO, Fábio Roberto Bárbolo. **Envelhecendo com Dignidade: o Direito dos Idosos como o Caminho para a Construção de uma Sociedade para Todas as Idades**. Niterói: UFF, 2005. 171 p. Dissertação, Programa de PósGraduação em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

ALVES, Daniela Ferreira Felix. Eutanásia e o desligamento de aparelhos em caso de morte encefálica diagnosticada. **Boletim Jurídico**, Uberaba/MG, a. 13, no 1126, Inserido em 13/12/2013. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/3100/eutanasia-desligamento-aparelhos-caso-morte-encefalica-diagnosticada>. Acesso em: 14 jan. 2020.

AMARAL, Fernanda Regina da Cunha. **Responsabilidade dos hospitais e operadoras de saúde pelos danos causados aos pacientes**. Dissertação (Mestrado em Direito), USP. SP- São Paulo. 2012. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-22042013-143114/publico/Fernanda\\_Regina\\_da\\_Cunha\\_Amaral.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-22042013-143114/publico/Fernanda_Regina_da_Cunha_Amaral.pdf). Acesso em: 09 de mar de 2020.

AMARAL, Francisco. **Direito Civil: introdução**. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

A autonomia privada como princípio fundamental da ordem jurídica: perspectivas estrutural e funcional. **Revista de Informação Legislativa**, v. 26, n. 102, p. 207-230, abr./jun. 1989. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/181930>. Acesso em: 11 mar 2019.

AMA UPDATES ADVICE TO DOCTORS WITH CONSCIENTIOUS OBJECTIONS. **Australian Medical Association**. Disponível em: <https://ama.com.au/media/ama-updated-advice-doctors-conscientious-objections>. Acesso em: 09 mar. 2020.

ANENCEFALIA: CAUSAS, SINAIS E SINTOMAS, DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO. **ABC Med**. 04/03/2013. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/saude-da-mulher/340714/anencefalia+causas+sinais+e+sintomas+diagnostico+evolucao.htm>. Aceso em: 20 de jan de 2020.

ANTUNES, Vinícius. Médica que desligava os aparelhos dos pacientes diz que só queria economizar luz do hospital. **Sensacionalista**. Disponível em: <https://www.sensacionalista.com.br/2013/02/24/medica-que-desligava-os-aparelhos-dos-pacientes-diz-que-so-queria-economizar-luz-do-hospital/>. Acesso em: 10 de jan de 2020.

**A ONU e as pessoas idosas.** Disponível em:

<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 15 de fev de 2020.

ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Proteção integral à criança e ao adolescente: proteção versus autonomia? **Psi. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.º2, p.431-450, 2009. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/250991286\\_Protecao\\_integral\\_a\\_crianca\\_e\\_ao\\_adolescente\\_protecao\\_versus\\_autonomia](https://www.researchgate.net/publication/250991286_Protecao_integral_a_crianca_e_ao_adolescente_protecao_versus_autonomia). Acesso em 09 de fev de 2020.

ARAÚJO, Flávia Pacheco; FERREIRA, Aldo Pacheco; VIANA, Marcos Besserman; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. Heteronomia no âmbito da saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2979-2989, Sept. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000902979&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902979&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 dez 2018.

A redenção do Dr. Morte. **Revista ISTO É**. 29/09/2010 nº 2133. EDIÇÃO Nº 2618 13/03. Disponível em:

[https://istoe.com.br/102441\\_A+REDENCAO+DO+DR+MORTE/](https://istoe.com.br/102441_A+REDENCAO+DO+DR+MORTE/). Acesso em: 19 de mar de 2002.

AZEVEDO JÚNIOR, Renato; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. **Reflexões éticas em medicina intensiva**. São Paulo: CREMESP, 2018.

BACHU, Kiritkumar. **Hinduismo e Eutanásia.Comunidade Hindu de Portugal**. 18/05/2018. Disponível em: [http://www.acad-ciencias.pt/document-uploads/9270261\\_conferencia.pdf](http://www.acad-ciencias.pt/document-uploads/9270261_conferencia.pdf). Acesso em 11 de ab de 2020.

BARBOSA, Gabriella Sousa da Silva; LOSURDO, Frederico. Eutanásia no Brasil: entre o Código Penal e a dignidade da pessoa humana. **Rev. Investig. Const.** vol.5 no.2 Curitiba May/Aug. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-56392018000200165&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392018000200165&lang=pt). Acesso em: 06 de jan de 2020.

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. **Código de ética médica:** comentado e interpretado. Timburi, SP: Editora Cia do eBook, 2019.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. 11 de jul de 2012. **Consultor Jurídico**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>. Acesso em: 18 de jul de 2019.

BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena ; LANCMAN, Selma. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/46383-

Texto%20do%20artigo-55715-1-10-20121030.pdf. Acesso em: 24 de mar de 2020.

BELGICA, Ministério da Justiça. **BELGISCH STAATSBLAD** — 22.06.2002 — MONITEUR BELGE. N. 2002 — 2141 [C – 2002/09590] 28 MEI 2002. — Wet betreffende de euthanasie. Disponível em: [http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22\\_1.pdf#Page16](http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf#Page16). Acesso em: 20 de mar de 2020.

BELO, Carolina Garbado. Brincando de Deus: funcionário do Evangélico diz que médica selecionava pacientes na UTI. **Tribuna**. Disponível em: <https://www.tribunapr.com.br/painel-do-crime/funcionario-do-evangelico-diz-que-medica-selecionava-pacientes-na-uti/>. Acesso em 26 de fev de 2020

BEVERVANÇO, Rosana Beraldi. **Diferença entre deficiência Mental e Doença Mental e a atuação do Ministério Público**. Disponível em: <http://www.pcd.mppr.mp.br/pagina-343.html>. Acesso em 23 de fev de 2020

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal Comentado**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 30ª. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

BRAUER, Susanne. **Les directives anticipées** Prise de position n° 17/2011 Berne, mai 2011 Considérations éthiques sur le nouveau droit de la protection de l'adulte, tenant compte en particulier de la démence. Disponível em: [https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK-CNE\\_Directives\\_Anticipees.pdf](https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/NEK-CNE_Directives_Anticipees.pdf). Acesso em: 21 de mar de 2020.

BRASIL, **CÂMARA DOS DEPUTADOS**. Disponível em: <http://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/resultadoPesquisa?numero=&ano=&autor=&inteiroTeor=ORTOTANASIA&emtramitacao=Todas&tipoproposicao=%5BPL+-+Projeto+de+Lei,+INC+-+Indica%C3%A7%C3%A3o,+MSC+-+Mensagem,+RIC+-+Requerimento+de+Informa%C3%A7%C3%A3o,+RCP+-+Requerimento+de+Institui%C3%A7%C3%A3o+de+CPI,+REQ+-+Requerimento,+PRC+-+Projeto+de+Resolu%C3%A7%C3%A3o,+PDC+-+Projeto+de+Decreto+Legislativo,+PLV+-+Projeto+de+Lei+de+Convers%C3%A3o,+MPV+-+Medida+Provis%C3%B3ria,+PLP+-+Projeto+de+Lei+Complementar,+PEC+-+Proposta+de+Emenda+%C3%A0+Constitui%C3%A7%C3%A3o%5D&data=24/12/2018&page=false>. Acesso em: 24/12/2018.

BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei n.º 5.559/2016**. Altera o Código Penal. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1467788&filename=PL+5559/2016](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1467788&filename=PL+5559/2016). Acesso em: 22 de fev de 2020.

\_\_\_\_\_, CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei n.º 6.715/2009**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir



de ilicitude a ortotanásia. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323>. Acesso em: 27 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 01 dez de 2018

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm). Acesso em: 10 de fev de 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 4.657**, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. (Redação dada pela Lei nº 12.376, de 2010). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del4657compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm). Acesso em: 01 dez de 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 08 de fev de 2020 .

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm). Acesso em: 27 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei 10. 406**, de 10 de janeiro de 2020. Institui o Código Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm). Acesso em: 27 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 13.105**, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm). Acessos em: 05 de abr de 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acessos em: 05 de abr de 2020.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº. 1.632**, de 9 de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm). Acesso em: 12 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução n.º 41**, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado em: 23/11/2018 | Edição: 225 | Seção: 1 | página: 276. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/>

/asset\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 06 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 7**, de 2018. Dispõe sobre os direitos dos pacientes em serviços de saúde; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para isentar do crime de omissão penalmente relevante a falta de instituição de suporte de vida ou a não realização de tratamento ou procedimento médico recusados; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para proibir a reutilização de produtos para a saúde descartáveis.. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/132125>. Acesso em: 27 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 149**, de 2018. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade sobre tratamentos de saúde. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7653326&ts=1567533600480&disposition=inline>. Acesso em: 27 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 236**, de 2012. Reforma do Código Penal Brasileiro. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em: 30 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 267**, de 2018. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade acerca de cuidados médicos a serem submetidos os pacientes nas situações especificadas. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/133458>. Acesso em: 27 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Projeto de Lei n.º 524**, de 2009. Dispõe sobre os direitos da pessoa em fase terminal de doença. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/94323>. Acesso em: 28 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Resolução n.º 93**, de 1970. Da nova redação ao Regimento Interno do Senado Federal. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/norma/563958/publicacao/16433779>. Acesso em: 28 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial n.º N° 1.534.532 - SP(2019/0192338-7)**. Relator : Ministro Antônio Carlos Ferreira. Agravante: CAR. Agravado: Ministério Público do Estado de São Paulo. Interessados: APH, GBH, ALRH, GCSA, TK, ACH DE N, RBH, HAH, ABH, SAS. Publicada em 29/08/2019 Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/decisooes/doc.jsp>. Acesso em: 06 de abr de 2020

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **RECURSO ESPECIAL Nº 735.750 - SP (2005/0047714)**- Recorrente : Alice Desiada Ferreira Lopes Trippicio - Espólio. Repr. Por : Américo Trippicio – Inventariante. Recorrido: MEDIC S/A MEDICINA ESPECIALIZADA A INDÚSTRIA E AOCOMÉRCIO. Rel. MINISTRO RAUL ARAÚJO. Disponível em: [https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num\\_registro=200500477142](https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_registro=200500477142). Acesso em: 13 de jan de 2019.

BUSCHEL, IA. O **acesso ao direito e à justiça**. In LIVIANU, R., cood. Justiça, cidadania e democracia [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2009. pp. 148-157. ISBN 978-85-7982-013-7. Available from SciELO Books .

Cabette, Eduardo Luiz Santos. **Eutanásia e Ortotanásia. Comentários à resolução n. 1.805/06, CFM:** aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

CABRAL, Hildeliza Lacerda Tinoco Boechat; CARVALHO, Vívian Boechat Cabral; PINTO, Livia Maria de Almeida. Morte Digna: Dignidade nos cuidados de fim de vida. **LexMagister**. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doutrina\\_27198840\\_MORTE\\_DIGNA\\_DIGNIDADE\\_NOS\\_CUIDADOS\\_DE\\_FIM\\_DE\\_VIDA.aspx](http://www.lex.com.br/doutrina_27198840_MORTE_DIGNA_DIGNIDADE_NOS_CUIDADOS_DE_FIM_DE_VIDA.aspx). Acesso em: 05 de jul de 2019.

CAHALI, Yussef Said. **Dano moral**. 2ª. ed. São Paulo: RT, 1998.

CAMARANO. A. A. **Os novos idosos brasileiros:** muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMBRIOCOLI, Fabiana. Para especialistas “autonomia da vontade” prevalece. **O Estado de São Paulo**, 16 de fev de 2017. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,para-especialistas-autonomia-da-vontade-prevalece,70001667390>. Acesso em: 10 de jan 2020.

CAMPOS, Adriana; OLIVEIRA, Daniela Rezende de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte, n. 115, pp. 13-45, jul./dez. 2017. Disponível em : <file:///C:/Users/DELL/Downloads/514-1634-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 de jan de 2019.

CANADÁ, Governo. **Aide médicale à mourir**. 25 de fev de 2020. Disponível em: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicale-mourir.html>. Acesso em: 21 de mar de 2020.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. Parte geral. 22 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.vol 1.

CARDOSO, Juraciara Vieira . **Ortotanásia: o tempo certo da morte digna: Uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais** Dissertação (Mestrado em Direito), PUC – Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp113649.pdf>. Acesso em: 06 de mar de 2020.

CARVALHO, Cristiane Caldas; AQUINO, Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa. In: Acesso à justiça III [Recurso eletrônico on-line] organização **CONPEDI/UFPB**; coordenadores: Luiz Fernando Bellinetti, Maria Goretti Dal Bosco, Gabriela Maia Rebouças. – Florianópolis : CONPEDI, 2014, 89-108.

CARVALHO, Gisele Mendes de ; KAROLENSKY, Natália Regina .**Aspectos Bioético-Jurídicos da Eutanásia**: Análise das recentes Resoluções do C.F.M. e do anteprojeto de Código Penal de 2012. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=74249bfb36330626>. Acesso em: 12 de jan de 2019.

CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade civil do médico**. São Paulo: Método, 2005.

CASTRO, Mariana Parreiras Reis et all. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. **Revista Bioética**, vol. 24, núm. 2, 2016. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3615/361546419019/html/index.html>. Acesso em: 23 de jan de 2020.

CATALAM, Marcos Jorge. **Negócio jurídico**: uma releitura à luz dos princípios constitucionais. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/viewFile/11142/9870>. Acesso em: 13 de jan de 2019.

CAUDURO, Joseane. **O conceito de eutanásia em Ronald Dworkin**, Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Caxias do Sul/RS, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/1038/Dissertacao%20Joseane%20Cauduro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 de abr de 2020.

CAVALCANTE, Lara Campelo. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana como fundamento da produção da existência em todas as suas formas**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza- CE, 2007.

Cientista australiano de 104 anos morre na Suíça por suicídio assistido. **Estado de Minas internacional**. 10/05/2018. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2018/05/10/interna\\_internacional,957723/cientista-australiano-de-104-anos-morre-na-suica-por-suicidio-assistido.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2018/05/10/interna_internacional,957723/cientista-australiano-de-104-anos-morre-na-suica-por-suicidio-assistido.shtml). Acesso em: 24 de jan de 2020.

CINTRA, Antônio Carlos de Araújo; GRINOVER, Ada Pelegrini; DINAMARCO, Cândido Rangel. **Teoria geral do processo**, 29. ed. São Paulo: 2013

CHEHAIBAR, Graziela Zlotnik. **Bioética e crença religiosa**: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue. Tese (Doutorado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2010.

CLENDENING, Logan. **O romance da medicina**. Rad. Almir de Andrade. 2.ed. São Paulo: José Olympio, 1951.

CNJ Serviço: **Todo paciente tem direito à cópia do prontuário médico**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80919-cnj-servico-todo-paciente-tem-direito-a-copia-do-prontuario-medico>. Acesso em: 12 de jan de 2019.

COGO, Silvana Bastos; LUNARDI, Valéria Lerch. **Advance directives**: a documentary analysis in the global context. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 27, n. 3, e1880014, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000300300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300300&lng=en&nrm=iso). Acesso em : 22 de fev de 2020.

COLLUCCI, Cláudia. Médico pode limitar ajuda a doente terminal. **Folha de São Paulo**. 10 de nov de 2006. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1011200601.htm>. Acesso em: 08 de mar de 2020.

COLLUCCI, Cláudia; VERSOLATO, Mariana. Menos de 10% dos hospitais têm equipes de cuidados paliativos no Brasil. **Folha de São Paulo**. 14.out.2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/eqilibrioesaude/2018/10/menos-de-10-dos-hospitais-tem-equipes-de-cuidados-paliativos-no-brasil.shtml>. Acesso em: 04 de fev de 2020.

COLOMBIA. **Ley nº 1.733**, 8 de septiembre de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra. Regula os serviços de cuidados paliativos para o manejo integral de pacientes com enfermidades terminais, crônicas, degenerativas e irreversíveis em qualquer fase da doença com alto impacto na qualidade de vida [Internet]. Diário Oficial. Bogotá, nº 49.268, 8 set 2014. Disponível em: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1733\\_2014.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1733_2014.html). Acesso em: 22 de mar de 2020.

COMISSÃO apresenta anteprojeto do novo Código Penal. **Consultor Jurídico**. 27 de jun de 2012. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2012-jun-27/leia-anteprojeto-codigo-penal-entregue-senado-juristas>. Acesso em : 09 de mar de 2020.

COMUNIDADES EUROPEIAS. Carta dos Direitos Fundamentais. **Jornal Oficial das Comunidade Europeias**. (2000/C 364/01). 18.12.2000. Disponível em: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf). Acesso em: 06 de fev de 2019.

CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA da FÉ. **Declaração sobre a eutanásia**. Vaticano, 1980. Disponível em:

[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfait\\_h\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfait_h_doc_19800505_euthanasia_po.html). Acesso em: 05 de jan de 2019.

CONSELHO DE JUSTIÇA FEDERAL. **Enunciado nº 138 da III jornada de direito civil**. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/III%20JORNADA%20DE%20DIREITO%20CIVIL%202013%20ENUNCIADOS%20APROVADOS%20DE%20NS.%20138%20A%20271.pdf>. Acesso em: 26 de jul de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **I Jornada de Direito da Saúde. Enunciados aprovados na I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça** em 15 de maio de 2014 - São Paulo-SP, São Paulo, maio 2014. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/03/ENUNCIADOS\\_APROVADOS\\_NA\\_JORNADA\\_DE\\_DIREITO\\_DA\\_SAUDE\\_%20PLENRIA\\_15\\_5\\_14\\_r.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/03/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf). Acesso em: 20 jul de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Aprova o Código de Ética Médica. Resolução n. 1.931**, 24 de setembro de 2009, Seção I, p.90. Disponível: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm). Acesso em: 30 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. **CFM reitera fundamentação ética e legal da Resolução n.º 2.232/2019**. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28505](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28505). Acesso em 01 de jan de 2020.

\_\_\_\_\_. CFM desobriga médicos de prolongar a vida dos pacientes terminais. **Portal do CRM-PR**. 28 de jul de 2006. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/CFM-desobriga-medicos-de-prolongar-a-vida-dos-pacientes-terminais-11-937.shtml>. Acesso em: 20 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. **Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Resolução n. 1.995**, 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-270. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf). Acesso em: 18 de jan. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.885/2006. **Diário oficial da União**. Brasília, 28 de nov. 2006. Seção I, p.169. Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111\\_2007.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2007/111_2007.htm). Acesso em: 25 de jul. de 2019.

CONTE, Juliana. Morre-se mal no Brasil. **Portal Drauzio Varella**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/reportagens/morre-se-mal-no-brasil/>. Acesso em: 19 de mar de 2020.

Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. **AMPID**. Disponível em:

<http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/conven%C3%A7%C3%A3o-interamericanasobre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-humanos-dos-idosos-OEA.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2018.

CRELIER, Cristiane. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018**. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018> Acesso em: 24 de fev de 2020.

**Cuidados paliativos no SUS**. 28/22/2018. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/abrale-noticias/380-cuidados-paliativos-no-sus>. Acessos em 05 de fevereiro de 2020.

CURRO, Luís. Se não tivesse a opção da eutanásia, teria cometido suicídio', diz para-atleta belga. **Folha de São Paulo**, Rio de Janeiro, 11 set. 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/esporte/olimpiada-no-rio/2016/09/1812278-se-nao-tivesse-a-opcao-da-eutanasia-teria-cometido-suicidio-diz-para-atleta-belga.shtml>. Acesso: em 14 mar. 2018.

DOBRIANSKYJ, Virgínia de Oliveira Rosa. **O princípio da proporcionalidade como critério de aplicação da pena**. Dissertação (Mestrado em Direito), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-SP. Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/download/teste/arqs/cp099257.pdf>. Acesso em: 16 de mar de 2020.

DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2015.

\_\_\_\_\_. **Portal testamento vital**. Conselho Federal de Medicina esclarece interpretação da Resolução n.º 2.232/2019. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/blog/conselho-federal-de-medicina-esclarece-a-interpretacao-da-resolucao-2232-2019/>. Acesso em: 01 de jan de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portal testamento vital**. Indignos, mais imortais: uma breve análise da Resolução n.º 2.232/2019 sob o prisma do fim da vida. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/blog/conselho-federal-de-medicina-esclarece-a-interpretacao-da-resolucao-2232-2019/>. Acesso em 01 de jan de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portal testamento vital**. Ortotanásia X Eutanásia passiva. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/blog/eutanasia-passiva-x-ortotanasia/>. Acesso em: 14 de jan de 2020.

DEL BARRIO, Javier Martin. Parlamento português dá o primeiro sim à eutanásia. **EL PAÍS**. 20 de fev de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-02-20/parlamento-portugues-da-o-primeiro-sim-a-eutanasia.html>. Acesso em: 20 e mar de 2020.

DELGADO, Mário Luiz. A transfusão de sangue pode ser realizada contra a vontade do paciente ou de seus representantes legais? **Migalhas**. Disponível

em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI122087,61044-A+transfusao+de+sangue+pode+ser+realizada+contra+a+vontade+do>>. Acesso em: 12 de ago de 2019

DIAS, Roberto. **O direito fundamental à morte digna: uma visão constitucional da eutanásia**. Belo Horizonte: Forum, 2012.

DICK, Wolfgang. **Caso Lambert pode influenciar questão da eutanásia na EU.DW**. 06/06/2015. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/caso-lambert-pode-influenciar-quest%C3%A3o-da-eutan%C3%A1sia-na-ue/a-18500424>. Acesso em: 16 de janeiro de 2020.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: teoria geral do direito civil**. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

\_\_\_\_\_. **Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil**. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2019. v. 7.

\_\_\_\_\_. **O estado atual do biodireito**, 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2017

DISTRITO FEDERAL. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Brasília, 23 out. 2007. In: DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2015. p. 157 a 158.

DONATO, Verônica Chaves Carneiro. **O poder judiciário no brasil: estrutura, críticas e controle**. Dissertação (Mestrado em Direito), UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza-CE, 2006.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais**. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. **O império do direito**. Tradução: Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **Uma questão de princípio**. Tradução: Luis Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Em São Luiz: médicos levam paciente pela primeira vez à praia. **NOTISUL**. Disponível em: <https://notisul.com.br/geral/155504/em-sao-luiz-medicos-levam-paciente-pela-primeira-vez-a-praia>. Acesso em: 13 de jan de 2020.

Entrevista ao CFM: CNBB apoia ortotanásia. **Jornal Medicina**. 24 de set de 2012. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23257:entrevista-ao-cfm-cnbb-apoia-ortotanasia&catid=3). Acessos em 08 de mar de 2020.



Equipe de hospital público do Maranhão realiza sonho de paciente de ver o mar. **Revista Forum**. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/brasil/equipe-de-hospital-publico-do-maranhao-realiza-sonho-de-paciente-de-ver-o-mar/>. Acesso em: 13 de jan de 2020.

ESTEFAM, André. **Direito Penal: parte geral**. 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

Euthanasie: le Parlement belge vote la remise en cause de la liberté de conscience. **Institut Eutopeén Bioéthiq**. 05 de mar de 2020. Disponível em: <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/euthanasie-le-parlement-belge-vote-la-remise-en-cause-de-la-liberte-de-conscience-1755.html>. Acesso em: 20 de mar de 2020.

FIALA, Christian; ARTHUR, **Joyce H. There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive healthcare**. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/318647162\\_There\\_is\\_no\\_defense\\_for\\_'Conscientious\\_objection'\\_in\\_reproductive\\_health\\_care](https://www.researchgate.net/publication/318647162_There_is_no_defense_for_'Conscientious_objection'_in_reproductive_health_care). Acesso em: 09 de mar de 2020.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. **Curso de direito civil: parte geral e LINDB**, 16ª ed., Salvador: Jus\podvim, 2018

FEIJÓ, Alexsandro Rahbani Aragão; PINHEIRO, Tayssa Simone de Paiva Mohana. **A convenção da ONU sobre o direito das pessoas com deficiência e seus efeitos no direito internacional e no brasileiro**. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=044a23cadb567653>. Acesso em: 26 de fev de 2020.

FELIX, Zirleide Carlos et al . Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Sept. 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 de dez de 2018.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito médico**. 11. ed.rev, atual e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

FREIRE JÚNIOR, Aluer Baptista; AMIGO, Andréia Vieira. O direito de morrer com dignidade. **REV. EDUC. MEIO AMB. SAÚ**. v.7, n.º 1, p.55, jan/mar 2017 .

FREITAS, Riva Sobrado de; ZILIO, Daniela. O direito à morte digna sob a perspectiva do direito à autonomia do paciente terminal. **Revista de Biodireito e direitos dos animais**, v.2, n.1, p.196-212, jan/jun, 2016.

GARCIA, José Roberto. Bioética: Princípios fundamentais e alternativos. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, São Paulo, v.33, n.2, p.45-59, dez. 2007. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/1489-

Texto%20do%20artigo-2492-1-10-20130320.pdf. Acesso em: 07 de jan de 2020.

GIFONI, José Mauro Mendes. **Ética e questões legais em RPC - responsabilidade civil e penal**. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. Capítulo 153. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8166910-Etica-e-questoes-legais-em-rpc-responsabilidade-civil-e-penal.html>. Acesso em: 09 de mar de 2020.

GIORGIS, José Carlos Teixeira. **A natureza jurídica da relação homoerótica**. Disponível em: [http://www.ibdfam.org.br/\\_img/congressos/anais/194.pdf](http://www.ibdfam.org.br/_img/congressos/anais/194.pdf) . Acesso em: 22 dez 2018.

GLOBO. **Suicídio assistido**: que países permitem ajuda para morrer? São Paulo, 12 set. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2015/09/suicidio-assitido-que-paises-permitem-ajuda-para-morrer.html>. Acesso em: 14 mar. 2018.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Eutanásia, ortotanásia e diretivas antecipadas de vontade**: o sentido de viver e morrer com dignidade. Curitiba: Juruá, 2016.

GOIÁS, **Diário de Justiça do Estado de Goiás**. de 27 de Novembro de 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/169836551/djgo-secao-iii-27-11-2017-pg-2687>. Acesso em: 10 de jan de 2020.

\_\_\_\_\_. **Tribunal de Justiça do Estado de Goiás**. NR. 24226-91.2017.8.09.0149 AUTOS NR. : 104 NATUREZA : INTERDICAÇÃO (CURATELA DE INTERDITOS) Requerente : EMAB. Requerido: JHPCF. SENTENÇA. Juiz Eder Jorge ANO X - EDIÇÃO Nº 2394 - Seção III Disponibilização: sexta-feira, 24/11/2017 Publicação: segunda-feira, 27/11/2017. Disponível em: [file:///C:/Users/USER/Downloads/DJE\\_2394\\_III\\_24112017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/DJE_2394_III_24112017%20(1).pdf). Acesso em: 11 de jan de 2019

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Processo n. 24226-91.2017.8.09.0149 do TJGO**. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/processo-n-24226-9120178090149-do-tjgo-publicacoes.pdf>. Acesso em: 26 de fev de 2020.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. Parte geral, 16. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

GONZALEZ DE REQUENA FARRE, Juan Antonio. Necrológicas filosóficas. la muerte del filósofo y la obituarización del pensamiento. **Escritos - Fac. Filos.** Let. Univ. Pontif. Bolívar., Bogotá , v. 24, n. 52, p. 115-140, June 2016 . Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-12632016000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-12632016000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 de dez de 2018.

GOMES, Luis Flávio. **Intepretação conforme à Constituição**. Disponível em: <https://professorlfg.jusbrasil.com.br/artigos/121921895/interpretacao-conforme-a-constituicao>. Acesso em: 12 de jan de 2019.

GOZZO, Débora; MONTEIRO, Juliano Ralo. A concretização da autonomia existencial e a Lei n. 13.146/15: apontamentos sobre o casamento da pessoa com deficiência. civilistica.com: **Revista eletrônica De Direito Civil**, v. 8, n.º 1, p.1-23. Disponível em: <https://civilistica.emnuvens.com.br/redc/article/view/402/336>. Acesso em: 16 de fev de 2020.

GUSMÃO, Paulo Dourado. **Introdução ao estudo do direito**. 34ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

GUTIERREZ, Pilar L.. O que é o paciente terminal?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 92, June 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 Jan 2020.

HARDT, Nicolas. **Sigmund Freud**. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/freud.pdf>. Acesso em: 15 de jan de 2019.

HICKMAN, Susan et all.. Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Paradigm Program in the Hospice Setting. **Jornal Paliative Medicine**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2966836/>. Acesso em: 17 de jul de 2019.

HOLANDA. **Código Penal (1881)**. Disponível em: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2018-01-01>. Acesso em: 13 mar. 2018.

HUNGRIA, Nelson; FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Comentários ao Código Penal**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População Residente por Religião 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>. Acesso em: 08 de abr de 2020.

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ. **Simpósio "Atitudes Face à Eutanásia em Portugal"**. Disponível em: <https://www.egasmoniz.com.pt/pt-pt/not%C3%ADcias/simp%C3%B3sio-atitudes-face-%C3%A0-eutan%C3%A1sia-em-portugal.aspx>. Acesso em: 20 de mar de 2020.

JADOSKI, Rafael; MOSTARDEIRO, Sofia Rech ; EXTERKOETTERA, Júlia d'Ávila; GRISARDA, Nelson ; HOELLER, Alexandre Ademar. O consentimento livre e esclarecido: do código de Nuremberg às normas brasileiras vigentes. Vittalle – **Revista de Ciências da Saúde** 29 n. 2, p.116-126, 2017. Disponível

em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/7080-21762-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 04 de mar de 2020

JUNQUEIRA, Cilene Rennó. **Bioética**. unasus.unifesp. Especialização em Saúde da Família Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade18/unidade18.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18.pdf). Acesso em: 08 de jan de 2020.

Justiça determina interdição de jovem que recusa hemodiálise: José Humberto, de 22 anos, sofre da doença renal crônica e foi declarado pela Justiça de Goiás temporariamente incapaz de tomar decisões sobre o tratamento. Veja. **Seção Saúde**. 28 de nov de 2017. Disponível em <https://veja.abril.com.br/saude/justica-determina-interdicao-de-jovem-que-recusa-hemodialise/>. Acesso em: 09 de dez de 2018.

**Justiça determina interdição de jovem que recusa hemodiálise**. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/justica-determina-interdicao-de-jovem-que-recusa-hemodialise/>. Acesso em: 10 de jan de 2020.

Justiça Federal do Distrito Federal. **Sentença, Processo n.º 2007.34.00.014809-3**. Disponível em <https://www.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>. Acesso em 30 de dez de 2019.

Justiça Federal do Estado de Goiás. **Sentença, Processo n.º 0001039-86.2013.4.01.3500**. Disponível em: <https://testamentovital.com.br/wp-content/uploads/2018/05/senten%C3%A7a-ACP-testamento-vital.pdf>. Acesso em 31 de dez de 2019.

JUNGES, J. R; CREMONESE, C; OLIVEIRA, E. A.; SOUZA, L.L.; BACKES, V. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. **Revista Bioética**. V.18. n.º 2, p. 275-88, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533253003.pdf>. Acesso em: 15 de dez de 2019.

**Justiça valida Resolução 1805, que trata sobre ortotanásia**. Portal do Conselho Regional de Medicina. 06 de dez de 2010. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21154:justica-valida](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21154:justica-valida). Acesso em 19 de mar de 2020.

KAISER FAMILY FOUNDATION. **Views and Experiences with End-of-Life Medical Care in Japan, Italy, the United States, and Brazil: a cross-country survey**. Abril de 2017. Disponível em: <http://files.kff.org/attachment/Report-Views-and-Experiences-with-End-of-Life%20Medical-Care-in-Japan-Italy-the-United-States-and-Brazil>. Acesso em: 08 de abr de 2020.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. Tradução de Manuela Pinto Dos Santos e Alexandre Fradique Morujão. Introdução e notas de Alexandre Fradique Morujão. 5ª ed. Coimbra: Fundação Calouste, 2001. Disponível em: <https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2013/09/kant-critica-da-razao-pura.pdf>. Acesso em: 16 de mar de 2020

KEEGAN, Lynn; DRICK, Carole Ann. **End of life : nursing solutions for death with dignity**. Street New York:Springer Publishing Company, 2011

KOVÁCS, Maria Júlia. Suicídio assistido e morte com dignidade: Conflitos éticos. **Revista Brasileira de Psicologia**, 02(01), Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/1839-433-PB%20(1).pdf. Acesso em: 24 de jan de 2020.

\_\_\_\_\_. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n.1, p. 63-64, 1998. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/326](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/326). Acesso em: 06 de abr de 2020.

LACK, Peter; BILLER-ADORNO, Nikola. **Advance Directives (E BOOK)**. USA: Susanne Brauer Editors, 2014.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins (Comp.). **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil**. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LAURENI, Ruy; JORGE, Maria Helena P de Mello. **Informação em saúde: o papel do médico**. São Paulo: CREMESP, 2017.

LEITE, George Salomão. **A morte e o direito. Há um direito de morrer dos pacientes terminais?** Florianópolis: Tiran lo Blanch, 2018.

LEMOES, Vinícius. **A história de amor que levou médica brasileira com doença rara a suspender suicídio assistido**. BBC News.. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-45103526>. Acesso em: 16 de jan de 2020.

LESSI, Pedro. **Ortotanásia viola direito fundamental à vida**. Consultor Jurídico. 12 de outubro de 2010. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2010-out-12/legitimar-pratica-ortotanasia-violar-direito-fundamental-vida>. Acesso em: 08 de mar de 2020.

LOBO Netto, Paulo Luiz. **A informação como direito fundamental do consumidor**. BuscaLegis.ccj.ufsc.br. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/5801-5793-1-PB.htm>. Acesso em: 14 de jan de 2019.

LOPES, Antônio Carlos; LIMA, Carolina Alves de Sousa; SANTORO, Luciano de Freitas. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos**. São Paulo: Atheneu, 2011.

LUXEMBURGO, **Ma volonté en fin de vie**. Corinne CAHEN Ministre de la Famille et de l'Intégration Ministre à la Grande Région Étienne Schneider Vice-Premier Ministre Ministre de la Santé. Disponível em :

<https://sante.public.lu/fr/publications/m/ma-volonte-en-fin-de-vie-2019-fr-de-en-pt/ma-volonte-en-fin-de-vie-2019-fr.pdf>. Acesso em: 21 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_, **Ley de 16 de marzo de 2009 relativa a los cuidados paliativos**, a la directiva anticipada y al acompañamiento al final de la vida y que modifica. Disponível em: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>. Acesso em: 21 de mar de 2020.

MABTUM, Matheus Massaro. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. 2014. 149 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/128082>. Acesso em: 16 de dez de 2019.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

MACLEN, Alasdair. **Autonomy, Informed Consent and Medical Law**. USA: Cambridge University Press, New York, 2009.

MCLEAN, Sheila A. M. **Autonomy, Consent and the Law**. Reino Unido: Routledge-Cavendish, 2010.

MARCANTE, Marcelo. Aspectos jurídico – penais da eutanásia e da ortotanásia no ordenamento jurídico penal brasileiro: o consentimento válido do paciente na Resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina. **Revista Síntese Direito Penal e Processual Penal**. São Paulo: Revista Síntese, v.15, n.87, p.46 – 61, set. 2014.

MACHADO, Helena; SILVA, Susana; AMORIM, António. Políticas de identidade: perfil de DNA e a identidade genético-criminal. **Anál. Social**, Lisboa, n. 196, p. 537-553, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0003-25732010000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732010000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 fev 2020.

MAIO, Iadya Gama. O Envelhecimento e a capacidade de tomada de decisão: Aspectos jurídicos de proteção ao Idoso. **AMPID**. Jun de 2018. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2018/06/O-Envelhecimento-e-a-capacidade-de-tomada-de-decis%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 23 de mar de 2020

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MAR ADENTRO. Direção e roteiro: Alejandro Amenábar. Elenco: Javier Bardem, Belén Rueda, Lola Dueñas. Espanha, 2004, colorido, 35 mm, 2h 5min.

MARANHÃO, Assembleia Legislativa do Estado do Maranhão. **Lei Nº 11123** de 07 de outubro de 2019, Estabelece as Diretrizes Estaduais para a Implementação de Cuidados Paliativos direcionados aos Pacientes com doenças ameaçadoras à vida, e dá outras providências. Disponível **em:** <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=383287>. Acesso em: 03 de abr de 2020.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor: o novo regime das relações contratuais** 4e d. São Paulo: RT, 2002.

MARQUES, Fernando. Júri acata tese de coerção e inocenta homem que matou irmão a pedido dele. **Conjur**.25/10/2015. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-out-28/juri-sao-paulo-inocenta-homem-matou-irmao-pedido-dele>. Acesso em 16 de mar de 2020.

MARREIRO, Cecília Lôbo. **O direito à morte digna: uma análise ética e legal da ortotanásia à luz do novo código brasileiro de ética médica.** Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE, 2012. Disponível em: <https://uol.unifor.br/oul/conteudosite/F1066343181/Dissertacao.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

\_\_\_\_\_. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. 8 **Rev. bioét.** (Impr.). 2013; 21 (2): 308-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a14v21n2.pdf>. Acesso em: 09 de mar de 2020

MARTINELLI, João Paulo Orsini. **A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro.** Jusbrasil. 16 de fevereiro de 2015. Disponível em: <https://jpomartinelli.jusbrasil.com.br/artigos/167709457/a-ortotanasia-e-o-direito-penal-brasileiro>. Acesso em: 01 ago. 2019.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Fundamentos do direito natural à vida.** Disponível em: <http://www.gandramartins.adv.br/project/ives-gandra/public/uploads/2018/10/03/b08962fa00368.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

MARTINS, Marcio Sampaio Mesquita. **Direito à morte digna: eutanásia e morte assistida.** Disponível em: < [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8765](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8765)>. Acesso em: 2 fev. 2018.

MASSON, Cleber. **Código Penal comentado.** 2. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2014.

MASSOLLA, Luis Felipe Grandi. **Ortotanásia no direito penal brasileiro.** Dissertação ( Mestrado em Direito), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC,São Paulo-SP, 2012.

MATO GROSSO DO SUL. **Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul.**

Apelante: Pedro Marques Garcia. Apelados: Sociedade Beneficente de Campo Grande - Santa Casa e a Cooperativa de Trabalho Médico Limitada – UNIMED. Relator: Des. Hamilton Carli. DJe 20/03/2003. Disponível em: <https://tj-ms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/3781833/apelacao-civel-ac-3860/inteiro-teor-11962304> . Acesso em: 10 de jan de 2019.

MATSOMOTO, Victoria. **Suicídio assistido para pacientes terminais será legal em Nova Jersey.** 29 de jul de 2019. Disponível em:

<http://www.virgula.com.br/saude/suicidio-assistido-para-pacientes-terminais-sera-legal-em-nova-jersey/>. Acesso em: 21 de mar de 2020.

Médica acusada de acelerar mortes na UTI se diz inocente. **G1 Globo.**

Disponível em : [https://g1-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[inocente?\\_\\_cf\\_chl\\_captcha\\_tk\\_\\_=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[v\\_M\\_T\\_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4\\_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS\\_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS)

[Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS](https://g1-globocom.jusbrasil.com.br/noticias/100554378/medica-acusada-de-acelerar-mortes-na-uti-se-diz-inocente?__cf_chl_captcha_tk__=8162be7db1b8e088b9ac490113d8a51de833ea1d-1578682743-0-AdqoSKVRywpESxji2Xsvo3sAGV2vzAIJ9cQQxGWeLkHYij-v_M_T_VQOG7S2J5tqCFMkbtVxzo0MXP6Pzn-7JVxqGgEPy9WCD0v2iDlr1a1HqKt9mp4_pcoi9thJCXwmcX1v8pqLJkcGqPBNczLNmg0hLhxLDtilQ-yljBZODtIWDPzXts1Ft3hMofLTet-WHgxN31f7p1pJ44S1VaKCozjqvL5uhgZ9Mb6xFaso0FEIvhrQBTS_fvOTmiNqO2ZmBo4pWvcht2nmylPefqp0d023bk2pMd-MdamyIOo-0K11JR-81iZ1qcGOEmZSeW9elklQn8As5aEg3lk9ADoxDL6Bax4iRSnWwGnUeichqfVQc0jHhblWFh8SXS-Ohlty7lQ4tPDeDSfOo9kh7aUCQ11YY2K7heVS8D1XGw1D9anS). Acesso em: 10 de jan de 2020.

MEIRELES, Jussara Maria Leal de. **Diretivas antecipadas de vontade por pessoa com deficiência.** Disponível em: [https://www.pucpr.br/wp-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_\\_por\\_pessoa\\_com\\_deficie\\_ncia1.pdf?\\_\\_cf\\_chl\\_captcha\\_tk\\_\\_=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ\\_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[Ts4fpk4Q8Ym2\\_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW\\_XwOx\\_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn\\_blwP4R\\_E85PwseUL3nIOs8XUq\\_kFqsM-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho\\_bTZJvyoj8U6-](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo)

[oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo](https://www.pucpr.br/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/diretivas_antecipadas_de_vontade__por_pessoa_com_deficie_ncia1.pdf?__cf_chl_captcha_tk__=567de08539d78261fa473fc58de9650206fba39e-1582395699-0-ARDgljal5y8CWJvQtdGCXaJvwMeNhjLpHcHECdeXwbsdJWzeM3c-PX-K3ZT3e-ekgWqLSP16rnAS0K4lgYawo0VJ_PXzvKPDLO0o5kxtmBU10s1SOHuaV5823R6Dt-Ts4fpk4Q8Ym2_zB7n4eafk0WtEPjQGm63rhQA1S6NkIMWUS129Eozwl79NL8MrOcC1oD6X-lAm8s9xxx0XhfBbQZAULQCuzzNliDTKuE4TT55sYiLtThG-F71A5SXx54jwuchBScZEgqm79Q3s4vdg928cFYgPCW_XwOx_wrghfwU6JQIleDHi53R23CtbVwAYcmsxkl5lDn_blwP4R_E85PwseUL3nIOs8XUq_kFqsM-ORAnZzpjlHw4fiPOwcJOUt8bj-HPxkZlFfw1GW21qC9rRCGG08GEaEknSQ4tho_bTZJvyoj8U6-oArizDgiexqCIQkOjK69PA8geDuwsXgfo). Acesso em: 22 de fev de 2020.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional.** 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.



MENEZES, Joyceane Bezerra de; MULTEDO, Renata Vilela. A autonomia ético-existencial do adolescente nas decisões judiciais sobre o próprio corpo e a heteronomia dos pais e do Estado no Brasil. **Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 13, n.58, jan/fev, 2016. Disponível em: [easchgate.net/publication/308089310\\_A\\_autonomia\\_etico-existencialdo\\_adolescente\\_nas\\_decisoessobre\\_o\\_proprio\\_corpo\\_e\\_a\\_heteronomia\\_dos\\_pais\\_e\\_do\\_Estado\\_no\\_Brasil](https://easchgate.net/publication/308089310_A_autonomia_etico-existencialdo_adolescente_nas_decisoessobre_o_proprio_corpo_e_a_heteronomia_dos_pais_e_do_Estado_no_Brasil). Acesso em: 08 de fev de 2020.

MENEZES, Rachel Aisengart. Health care for terminal patients: between medical practices and religious beliefs<sup>1</sup>. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.25-33, Sep., 2010. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17422/4/ve\\_Rachel\\_Aisengart\\_Menezes\\_2010\\_en.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17422/4/ve_Rachel_Aisengart_Menezes_2010_en.pdf). Acesso em: 21 de mar de 2020.

MENEZES, Renata Oliveira Almeida. **Paciente terminal e o direito ao livre desenvolvimento de sua personalidade**. Curitiba: Juruá, 2017.

MESQUITA, Lúgia. Médica que anunciou 'morte assistida' no Facebook busca sentido para vida na pesquisa de síndrome. **BBC News**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43575735>. Acesso em: 16 de jan de 2020.

MINAS GERAIS. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0000.18.114216-7/001 - COMARCA DE BELO HORIZONTE - APELANTE(S): CELIA CECILIA DE JESUS LOPES REPDO(A) P/CURADOR(A) ESPECIAL - APELADO(A)(S): LUCIA PROCOPIO LOPES. Relator Elias Camilo. Data de Julgamento 14/03/2019.

\_\_\_\_\_. **Tribunal de Justiça de Minas Gerais**. Apelação Cível 1.0000.18.080340-5/001. APELANTE: Pedro Cardoso Filho, repto por curador especial. APELADO: Juliano Dalon del Lile e outros. Relator(a): Des.(a) Edilson Olímpio Fernandes. Data de Julgamento: 18/09/2018. Data da publicação da súmula: 24/09/2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Ação civil publica n.º 2007.34.00.014809-3**. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/ACP%20Ortotanasia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/ACP%20Ortotanasia%20(1).pdf). Acesso em: 28 de dez de 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Ação Civil Pública nº 0001039-86.2013.4.01.3500. Disponível em: <https://www.prgo.mpf.gov.br/images/stories/ascom/ACP-CFM-ortotanasia.pdf>. In: DADALTO, Luciana. **Testamento Vital**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MINISTÉRIO PÚBLICO Federal. **Inquérito civil n.º 1.34.001.007752/2013-81**. Disponível em <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-cfm>. Acesso em 31 de dez de 2019.

MIRANDA, Giuliana. **Portugal legaliza eutanásia, mas tema pode ir à Justiça.** Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/02/portugal-legaliza-eutanasia-mas-tema-pode-ir-parar-na-justica.shtml>. Acesso em: 20 de mar de 2020

MOLINARI, Mário. **Eutanásia: análise dos países que permitem.** Disponível em: <https://mariomolinari.jusbrasil.com.br/artigos/116714018/eutanasia-analise-dos-paises-que-permitem>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MONTEIRO, Renata da Silva Fontes; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 86-97, Mar. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422019000100086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000100086&lng=en&nrm=iso). Access em: 22 fev. 2020.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional.** 19. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MORAES, Maria Celina Bondin. O conceito da dignidade humana: substrato axiológico e conteúdo normativo. In: SARLET, Ingo Wolfgang, (org) **Constituição, direitos fundamentais e direito privado.** 2. ed., rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

MORAIS, Inês Motta de. Autonomia pessoal e morte. **Bioética**, São Paulo, v.18, n.2, p. 289- 309, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/565-1729-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 de Jan de 2020

**MORTE ASSISTIDA EM OREGON.** How to die in Oregon. Direção: Peter Richardson. Produção: Peter Richardson. Sundance Filme Festival. HBO. EUA, 2011. 1 DVD (107 min), color.

MOREIRA, Alexandre Magno Fernandes. **A ortotanásia e a Resolução CFM 1.805/2006.** Direito Net. 12 de abr de 2007. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3373/A-ortotanasia-e-a-Resolucao-CFM-1805-2006>. Acesso em 08 de mar de 2020.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. **Portal Médico.** Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/Partellautonomia.htm](http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/Partellautonomia.htm). Acesso em: 22 de mar de 2020.

MURAMOTO, OSAMU. Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses. **BMJ.** 2001 Jan 6; 322(7277): 37–39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119307/>. Acesso em: 16 de mar de 2020.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira. **Avaliação do ensino de ética médica nas escolas médicas de Salvador-Bahia- Brasil:** elementos contributivos

para humanização da medicina. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2005.

No aguanto ni quiero más cosas, no quiero más tortura”: padre de 'Matador. **Semana**. 30/06/2015. Disponível em: <https://www.semana.com/nacion/articulo/el-papa-de-matador-ovidio-gonzalez-habla-sobre-su-enfermedad/433095-3>. Acesso em: 24 de jan de 2020

Número de testamentos vitais lavrados no Brasil cresce 700%. **Revista Consultor Jurídico**, 30 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-ago-30/numero-testamentos-vitais-lavrados-brasil-cresce-700>. Acesso em: 12 de abr de 2020.

NUNES, Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri dos. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-251, Aug. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 de fev 2020.

OLIVEIRA, Antônio Ítalo Ribeiro. O mínimo existencial e a concretização do princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 21, n. 4772, 25 jul. 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/50902>. Acesso em: 22 dez. 2018.

OLIVEIRA, Júlio Moraes. Direitos da personalidade, bioética e biodireito: uma breve introdução. **REDESG / Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global** – [www.ufsm.br/redesg](http://www.ufsm.br/redesg) v. 2, n. 1, jan-jun/2013.

OLIVEIRA, Isabella Bastos da Silva. **Eutanásia e suicídio assistido: a relativização da lógica jurídica pela bioética em prol da morte digna**. 2019. 135 f. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2019. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/11008>. Acesso em: 16 de jan de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Melhoria do acesso aos cuidados paliativos**, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/infographic\\_palliative\\_care\\_POR.pdf?ua=1](https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/infographic_palliative_care_POR.pdf?ua=1). Acesso em: 11 de abr de 2020

ORDEM DOS MÉDICOS. Novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos [online]. Regulamento n.º 14/2009, da Ordem dos Médicos, **Diário da República** nº 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009. Disponível em: [https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/65/08-2009.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/65/08-2009.pdf). Acesso em: 21 de mar de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1949**. UNIC / Rio / 005 - Agosto 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 04/04/2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45. ed. outubro de 2006. Disponível em:  
[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Acesso em 30 de mar de 2020.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JUNIOR, José Jailson de; DAMASIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 550-560, Dec. 2014. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=en&nrm=iso). Access em: 26 fev 2020.

PARANÁ, Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. **Lei 20.091** - 19 de Dezembro de 2019. Dispõe sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no Paraná. Disponível em:  
[http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod\\_legislativo\\_arquivo/mod\\_legislativo\\_arquivo.php?leiCod=52075&tipo=L&tplei=0](http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=52075&tipo=L&tplei=0). Acesso em: 03 de abr de 2020.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. **Mandado de Segurança 9663409 PR 966340-9** (Decisão Monocrática). . Impetrante: Kendra Fonseca Beberi. Impetrado: Comissão Organizadora do Concurso Público para o provimento de Cargo de Defensor Público da Terceira Categoria do Estado do Paraná. Relator: Des. Maria Aparecida Blanco de Lima. DJe 10/10/2012. Disponível em:<https://tj-pr.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22493131/mandado-de-seguranca-ms-9663409-pr-966340-9-decisao-monocratica-tjpr>. Acesso em 10 de jan de 2019.

PARDAL, Fernando. Ramón Sampredo e o direito de morte. **Esquerda Diário**. 11 de jan de 2015. Disponível em: <https://www.esquerdadiario.com.br/Ramon-Sampedro-e-o-direito-a-morte>. Acesso em: 19 de mar de 2020.

PAULA, Aécio de. Prata no Rio, atleta morre por meio de eutanásia na Bélgica. **Torcedores**. Disponível em:  
<https://www.torcedores.com/noticias/2019/10/prata-no-rio-atleta-morre-por-meio-de-eutanasia-na-belgica>. Acesso em : 23 de jan de 2020.

PEREIRA, André Dias. **Fim de Vida - roteiro de um tema em debate vivo**. Set, 2017. Disponível em:  
[file:///C:/Users/DELL/Downloads/MedicinadaDor\\_FimdeVida-reflexoesdeumcivilista%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/MedicinadaDor_FimdeVida-reflexoesdeumcivilista%20(1).pdf). Acesso em: 25 de maio de 2020,

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil**, 20. ed. rev e atual por Maria Celina Bondim de Moraes. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

PEREGRINO, Edmund. A medicina atual,: entre o dilema de curar e cuidar. In PESSINI, Leo. **Dos hospitais aos tribunais**: Coordenação de Ana Carolina Brochado Teixeira e Luciana Daldato, Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

PEREGRINO, Edmund D. **Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility** Disponível em: <https://uffl.org/vol10/pellegrino10.pdf>. Acesso em: 10 de fev de 2019.

PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco. **Agravo de Instrumento 289839, Processo n.º 0021724-95.2012.8.17.0000** . Agravante Luiz Alberto Lacerda. Agravados: HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA e outro. Relator: Des. Cândido José da Fonte Saraiva de Moraes. DJe 08/04/2013. Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/consultajurisprudenciaweb/xhtml/consulta/escolhaResultado.xhtml>. Acesso em 10 de jan de 2019

PESSINI, Leo. A eutanásia na visão das grandes religiões. **Revista de bioética**. v.7, n.º 1, 1999. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/issue/view/21](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/21) . Acesso em: 17 de jan de 2020

\_\_\_\_\_. Distanásia, até quando investir sem agredir? **Revista de bioética**. 2009. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357). Acesso em: 15 de jan de 2020.

\_\_\_\_\_. Dos hospitais aos tribunais: **A medicina atual**: entre o dilema de curar e cuidar. Coordenação de Ana Carolina Brochado Teixeira e Luciana Daldato, Belo Horizonte: Del Rey, 2013.

\_\_\_\_\_. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. **Revista de bioética**. N5 final 11/25/02 4:33 PM Page 51 Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/214/215](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215). Acesso em: 15 de jan de 2019.

\_\_\_\_\_. Distanásia: Por que prolongar o sofrimento? **Ciência Hoje**. 22 de mar de 2013. Disponível em: <http://cienciahoje.org.br/artigo/distanasia-por-que-prolongar-o-sofrimento/>. Acesso em: 15 de jan de 2020.

PESSINI, Leo; BARCHIGONTAINE, Christian de Paul. **Problemas atuais da bioética**. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

PINHEIRO, Daniela. A doutora. **Revista Piauí**. EDIÇÃO 81, junho 2013. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-doutora/>. Acesso em: 21 de jan de 2019.

PINHEIRO, Naide Maria. **Autonomia da vontade da pessoa idosa**: uma abordagem sob a perspectiva da observância do mínimo essencial. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-graduação em Direito. Natal, RN, 2016.188f. Disponível em: [file:///D:/Doutorado/NOVO%20DOUTORADO/Teses/AutonomiaVontadePessoa\\_Pinheiro\\_2016.pdf](file:///D:/Doutorado/NOVO%20DOUTORADO/Teses/AutonomiaVontadePessoa_Pinheiro_2016.pdf). Acesso em: 15 de fev de 2020.

PINTO, Luiz Fernando. As crianças do Vale da Morte - Reflexões sobre a criança terminal. **Jornal da Pediatria**.v. 72, nº5, 1996. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-05-287/port.pdf> . Acesso em: 22 de mar de 2020.

PITHAN, Livia Hayger; BORGES, Gustavo Silveira. Fundamentação jurídica da Resolução n.º 1.805/2006. **Revista de Direito Sanitário de São Paulo**.v.8, n.º1, p.163-173, mar-jun, 2007. Disponível em: <file:///D:/Doutorado/NOVO%20DOUTORADO/Teses/80047-Texto%20do%20artigo-110557-1-10-20140504.pdf>. Acesso em: 06 de mar de 2020.

PITTA, Fernando; CARMONA, Cátia. A morte cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. **ACTA MÉDICA PORTUGUESA** 2004; v.17,p.70-75. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/1750-2404-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 de jan 2019.

PORTUGAL. **Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho** . Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) - Testamento Vital. Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?artigo\\_id=1765A0016&ni d=1765&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=1765A0016&ni d=1765&tabela=leis). Acesso em: 22 de fev de 2020.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. **Lua Nova**, São Paulo , n. 25, p. 25-59, abr. 1992 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451992000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451992000100003&lng=en&nrm=iso), Acesso em: 02 mar 2020.

REALE, Miguel. **Teoria tridimensional do direito**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

REGO, Sergio. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. **Cafajeste. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 233-235, janeiro de 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100029&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 de maio de 2020.

**Regras para internação compulsória de pacientes com coronavírus são definidas**. Governo do Brasil.18/03/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/regras-para-internacao-compulsoria-de-pacientes-com-coronavirus-sao-definidas>. Acesso em: 30 de mar de 2020.

RETA A, Grezzi O. **Código Penal de la República Oriental del Uruguay**. 4 ed. Montevideo: Fundación de Cultura Univerrsitária, 1996.

RIBEIRTO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIBEIRO, Diego. "Caso Virgínia: MP entrega alegações finais e júri popular fica mais perto". **Gazeta do Povo**. Sessão Vida e Cidadania. Disponível em:

<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/caso-virginia-mp-entrega-alegacoes-finais-e-juri-popular-fica-mais-perto-4eakoh3zvd7oedfxmopb67aef/>. Acesso em: 21 de jan de 2019.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, ago. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 06 mar. 2020.

RIBEIRO JR, Wilson A.; HENRIQUE, Cairus F. **Textos hipocráticos**: o doente, o médico e a doença [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. História e Saúde collection, pp. 11-24. ISBN 978-85-7541-375-3. Available from SciELO Books .

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Processo 70054988266. Apelante: Ministério Público. Apelado: João Carlos Ferreira. Relator: Des. Irineu Marianii. DJe 21/11/2013. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/113430626/apelacao-civel-ac-70054988266-rs>. Acesso em 10 de jan 2019.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Processo 70042509562. Apelante: Associação dos Funcionários dos Públicos do ERGS –AFPERGS. Apelados: Gilberto Oliveira de Freitas e Guilherme da Silva Benites. Relator: Des. Armínio José Abreu Lima da Rosa. DJe 22/11/2011. Disponível em: [ww1.tjrs.jus.br/site\\_php/consulta/consulta\\_processo.php?nome\\_comarca=Tribunal+de+Justi%EA&versao=&versao\\_fonetica=1&tipo=1&id\\_comarca=700&num\\_processo\\_mask=70042509562&num\\_processo=70042509562&codEmenta=4200429&temIntTeor=true](http://ww1.tjrs.jus.br/site_php/consulta/consulta_processo.php?nome_comarca=Tribunal+de+Justi%EA&versao=&versao_fonetica=1&tipo=1&id_comarca=700&num_processo_mask=70042509562&num_processo=70042509562&codEmenta=4200429&temIntTeor=true). Acesso em: 10 de jan de 2019.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Agravo de Instrumento 70065995078**. Agravante: Fundação Hospital Centenário. Agravado: José Marcos Freitas de Souza s. Relator: Des. Sergio Luiz Grassi Beck. DJe 10/09/2015. Disponível em: [http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=70065995078&proxystylesheet=tjrs\\_index&client=tjrs\\_index&filter=0&getfields=\\* &aba=juris&entsp=a\\_\\_politica-site&wc=200&wc\\_mc=1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&sort=date%3AD%3AS%3Ad1&as\\_qj=ortotanasia&site=ementario&as\\_epq=&as\\_oq=&as\\_eq=&as\\_q=+#main\\_res\\_juris](http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=70065995078&proxystylesheet=tjrs_index&client=tjrs_index&filter=0&getfields=* &aba=juris&entsp=a__politica-site&wc=200&wc_mc=1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&sort=date%3AD%3AS%3Ad1&as_qj=ortotanasia&site=ementario&as_epq=&as_oq=&as_eq=&as_q=+#main_res_juris). Acesso em: 10 de jan 2019.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Agravo de Instrumento 70060006798**. Agravantes: C.M.R e E.S.R. Agravados: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul e E.S.R. Relator: Des. Jorge Luis Dallagnol. DJe 02/09/2014. Disponível em: [http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=70060006798&proxystylesheet=tjrs\\_index&client=tjrs\\_index&filter=0&getfields=\\* &aba=juris&entsp=a\\_\\_politica-site&wc=200&wc\\_mc=1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&sort=date%3AD%3AS%3Ad1&as\\_qj=ortotanasia&site=ementario&as\\_](http://www.tjrs.jus.br/busca/search?q=70060006798&proxystylesheet=tjrs_index&client=tjrs_index&filter=0&getfields=* &aba=juris&entsp=a__politica-site&wc=200&wc_mc=1&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&sort=date%3AD%3AS%3Ad1&as_qj=ortotanasia&site=ementario&as_)

epq=&as\_oq=&as\_eq=&as\_q=+#main\_res\_juris . Acesso em: 10 de jan de 2019.

RODRIGUES, Fábio. **Júri absolve homem que matou irmão tetraplégico a tiros a pedido da vítima.** Portal G1. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/10/juri-absolve-homem-que-matou-irmao-tetraplegico-tiros-pedido-da-vitima-rio-claro.htm>. Acesso em: 14 de jan de 2020.

RODRIGUES, Maria Rafaela. **Fundamentos constitucionais da bioética. Tese para obtenção do título de doutora.** Universidade do Vale do Rio Sinos. 2006.

RODRIGUES, Renata de Lima. **Incapacidade, curatela e autonomia privada: Estudos no marco do estado democrático de direito**, 2007. 189f. Dissertação (Mestrado em Direito Privado), Faculdade Mineira de Direito, Belo Horizonte-MG. Disponível em: [http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Direito\\_RodriguesRL\\_1.pdf](http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Direito_RodriguesRL_1.pdf). Acesso em 25 de maio de 2020.

ROQUE, Margarida Abenta. **A última escolha: Repensar a morte em vida.** Dissertação (Mestrado em Filosofia). Universidade de Lisboa, Lisboa-Portugal, 2010. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4254/1/ulfl081187\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4254/1/ulfl081187_tm.pdf). Acesso em: 25 de maio de 2020.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Direito de morrer.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer: eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade.** Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SAMPEDRO, Ramón. **Cartas do inferno.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2006

ROXIN, Claus. **Estudos de Direito Penal.** Tradução de Luís Greco. Rio de Janeiro: Renovar, 2006. Disponível em: <http://arquimedes.adv.br/livros100/Estudos%20de%20Direito%20Penal%20-%20Claus%20Roxin.pdf>. Acesso em: 12 de ago de 2018

SANTORO, Luciana de Freitas. **Morte digna: o direito do paciente terminal.** Curitiba: Juruá, 2012.

SANTOS, Cíntia Rugno de Aguiar dos. **O fortalecimento da autonomia no processo de envelhecimento: protagonismo da pessoa idosa** . Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo6/o-fortalecimento-da-autonomia-no-processo-de-envelhecimento-protagonismo-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 06 de abr de 2020.

SANTOS, Laura Ferreira dos. **Eutanásia: para poder amar a vida até o fim.** Interações número 4. p. 25-58, 2003. Disponível em:



file:///C:/Users/USER/Downloads/Eutan%C3%A1sia\_%20Para%20Poder%20Amar%20a%20Vida%20at%C3%A9%20ao%20Fim%201.pdf. Acesso em: 15 de fev de 2019.

SADEK, MT.(org). **Uma introdução ao estudo da justiça** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. A organização do poder judiciário no Brasil. p. 1-16. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4w63s/pdf/sadek-9788579820328-02.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

SALLES, Álvaro Ângelo. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. **Rev. Bioética**. n.º3, p. 397-406,2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a02.pdf> . Acesso em: 06 de abr de 2020.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). **Parecer n.º 123360**, de 12/07/2011. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10121&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=124460&situacao=&data=12-07-2011#anc\\_integra](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10121&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo&numero=124460&situacao=&data=12-07-2011#anc_integra). Acesso em: 09 de abr de 2020.

\_\_\_\_\_. **Gabinete do Governador**. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000211570>. A-nº 026/2019. Acesso em: 06 de mar de 2020.

SÃO PAULO. Justiça Federal da 3ª Região. **Processo n.º 5021263-50.2019.4.03.6100**. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/decisao-acp-cfm.pdf>. Acesso em: 09 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual N.º 10.241**, de 17 de março de 1999. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saud-elei10241.htm>. Acesso em: 17 de jan de 2019.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação Cível 10844052120158260100- SP 1084405-21.2015.8.26.0100**. Apelante: Elca Rubisten. Apelado: JUÍZO DA COMARCA. Relator: Des. Giffoni Ferreira. Data do Julgamento 14/03/2017. 2ª Câmara de Direito Privado. DJe 15/03/2017. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/438472673/apelacao-apl-10844052120158260100-sp-1084405-2120158260100/inteiro-teor-438472796>. Acesso em: 10 de jan de 2019.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação Cível 1001378-30.2015.8.26.0363**. Apelante: Antônio Fernando Correa Bastos. Apelado: JUÍZO DA COMARCA. Relator: Des. Ponte Neto. 8ª Câmara de Direito Público. DJe 27/06/2017. Disponível em < <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=10551470&cdForo=0> >. Acesso em 10 de jan de 2019.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Apelação 1001378-30.2015.8.26.0363**. Apelante Antônio Fernando Correa Bastos. Apelado: JUÍZO DA COMARCA. Rel. J.L. Mônaco da Silva. 5ª Câmara de Direito Privado. Disponível em:  
[https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=11123209&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha\\_252d74060ee74f52bd4946eda6d4451f&vI\\_Captcha=tMrp&novoVICaptcha](https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=11123209&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_252d74060ee74f52bd4946eda6d4451f&vI_Captcha=tMrp&novoVICaptcha). Acesso em: 10 de jan de 2019.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação Cível 0003009-12.2010.8.26.0004**. Apelantes: Luiz Baptista de Atouguia, Maria da Conceição de Atouguia, Joao Baptista de Atouguia e Marco Antonio Baptista de Atouguia,. Apelado: HOSPITAL METROPOLITANO S A. Relator: Des. Moreira Viegas. DJe 13/06/2013. Disponível em:  
[https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=6799627&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha\\_66cdc70ac4e34bed87c2fd784dca8ab1&vI\\_Captcha=rqXr&novoVICaptcha=](https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=6799627&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_66cdc70ac4e34bed87c2fd784dca8ab1&vI_Captcha=rqXr&novoVICaptcha=). Acesso em: 10 de jan de 2019.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo 11ª Câmara – **Seção Criminal, Voto nº 29.898/2016 Apelação nº 0017016-09.2011.8.26.0510** - Rio Claro. Disponível em:  
<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=9573762&cdForo=0>. Acesso em: 15 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo 11ª Câmara – **Seção Criminal .Voto nº 22342/2013 - Recurso Em Sentido Estrito nº 0017016-09.2011.8.26.0510** - Rio Claro. Disponível em:  
<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=7090543&cdForo=0>. Acesso em: 15 de mar de 2020.

\_\_\_\_\_. Diário da Justiça Eletrônico - **Caderno Judicial - 1ª Instância - Capital São Paulo, Ano XI - Edição 2538 396. Processo 1084405-21.2015.8.26.0100** - Procedimento Comum - Registro Civil das Pessoas Naturais Disponível em:  
[https://diarios.s3.amazonaws.com/DJSP/2018/03/Judicial\\_1a\\_Instance\\_Capital/pdf/20180319\\_396.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAD4VJ344N&Expires=1583839902&Signature=yIUFCWyLsvkfTPLhcnog%2BZNXQw0%3D](https://diarios.s3.amazonaws.com/DJSP/2018/03/Judicial_1a_Instance_Capital/pdf/20180319_396.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEAD4VJ344N&Expires=1583839902&Signature=yIUFCWyLsvkfTPLhcnog%2BZNXQw0%3D). Acesso em: 10 de mar de 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**: na Constituição Federal de 1988. 9. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang; ZOCKUN, Carolina Zancaner. Notas sobre o mínimo existencial e sua interpretação pelo STF no âmbito do controle judicial das políticas públicas com base nos direitos sociais. **Rev. Investig. Const**, Curitiba , v. 3, n. 2, p. 115-141, ago, 2016 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-56392016000200115&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56392016000200115&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 de abr de 2020

SCHMALTZ, Wildney. Morrer com dignidade: . a eficácia da ortotanásia no direito brasileiro . **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 21, n. 4634, 9 mar. 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/47074>. Acesso em: 2 ago. 2019.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, Apr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 fev 2019.

SECPAL, Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos. **Guia de cuidados paliativos**. Disponível em: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>. Acesso em: 08 de fev de 2020.

SERTÃ, Renato Lima Charnaux. **A distanásia e a dignidade do paciente**. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

SHARPE, Tércia Soares. **Última palavra**: informações importantes sobre direitos humanos no final da vida. Aprenda mais e ajude alguém. (livro eletrônico). São Paulo: Literare Books International, 2018.

SILVA, Afonso da. Estado Democrático de Direito. Rio de Janeiro: **Revista de Direito Administrativo**, 173: 15-34, jul./set. 1988. p. 23. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/%20viewFile/45920/44126>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SILVA, Filipa Martins; NUNES, Rui. Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema?. **Revista de Bioética**. Brasília , v. 23, n. 3, p. 475-484, dez. 2015 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422015000300475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300475&lng=en&nrm=iso). Access em: 22 Jan. 2020.

SILVA, Milton Rodrigues da; PETRY, Alexandre Torres. O consentimento informado e a responsabilidade civil do médico. **Revista do Curso de Direito do Centro Universitário Metodista – IPA. Justiça & Sociedade**, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em : <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/direito/article/viewFile/692/630>. Acesso em: 08 de jan de 2020.

SILVA, Tatiana Mareto. O interesse processual no Novo Código de Processo Civil à luz da ação (e do processo) como garantia fundamental. **Revista Jus Navegandi**. Publicado em 04/2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/57382/o-interesse-processual-no-novo-codigo-de>

processo-civil-a-luz-da-acao-e-do-processo-como-garantia-fundamental.  
Acesso em: 05 de jan de 2020.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004 . Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 Jan. 2020

SIQUEIRA, Maria Fernanda Santos. Consentimento Informado: O Direito do Paciente à Informação, O Respeito à sua Autonomia e a Responsabilidade Civil do Médico. **Revista da ESMAPE da Escola Superior da Magistratura de Pernambuco**. Recife, ano I, nº01, p. 386 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 18 de mar de 2020.

STARCK, Christian. **El concepto de ley en la Constitución alemana**. Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1979. p. 300. In: SILVA, Afonso da. Estado Democrático de Direito. Rio de Janeiro: R. Dir. adm, 173: v.15, n.º34, p.23, jul./set. 1988. Disponível em:  
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/%20viewFile/45920/44126>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SYMONIDES, Janusz. **Direitos humanos: novas dimensões e desafios** . Brasília : UNESCO Brasil, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

SZLAJEN, Rav. Dr. Fishel. Contribuições do Judaísmo para o debate sobre a morte digna. **Coisas jurídicas**. 21/07/2015 . Disponível em:  
<https://www.coisasjudaicas.com/2015/07/contribuicoes-do-judaismo-para-o-debate.html>. Acesso em: 17 de jan de 2020.

TADEU, Ramon. Jovem que teve morte cerebral é enterrado sob forte emoção de familiares. **Extra**. 02 de out de 2016. Disponível em:  
<https://extra.globo.com/noticias/rio/jovem-que-teve-morte-cerebral-enterrado-sob-forte-emocao-de-familiares-20218227.html>. Acesso em 19 de mar de 2020.

TAGERINO, Davi de Paiva Costa; CABRAL, Gabriel; OLIVE, Cabral. Políticas públicas em suicídio: do paternalismo clássico ao paternalismo libertário e nudging. **Revista brasileira de Políticas Públicas**. v 08. n.º 2, ago de 2018. Disponível em:  
<file:///D:/Doutorado/NOVO%20DOUTORADO/suic%C3%ADdio.pdf>. Acesso em: 29 de abr de 2020

TARTUCE, Flávio. **Decisão da Justiça Federal de Brasília suspendendo os efeitos da Resolução do Conselho Federal de Medicina que trata da ortotanásia**. Disponível em:

<http://professorflaviotartuce.blo2gspot.com/2007/12/deciso-n-2007-b-processo-n-2007.html>. Acesso em: 30 de dez de 2019.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**. Belo Horizonte, v. 16, p. 75-104, abr./jun. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/232-673-1-SM.pdf>. Acesso em: 09 de fev de 2020.

TEPEDINO, Gustavo. Normas constitucionais e direito civil. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, ano IV, n.º 4 e ano V, n.º 5 - 2003-2004.

TESHEINER, José Maria Rosa. Procedimentos de jurisdição voluntária segundo o novo código civil. **Revista Nacional de Direito e Jurisprudência**, Ribeirão Preto (41): 12 - 35, maio/2003. Disponível em: [http://www.abdpc.org.br/abdpc/artigos/Jos%C3%A9%20M%20Teshiner\(6\)%20-formatado.pdf](http://www.abdpc.org.br/abdpc/artigos/Jos%C3%A9%20M%20Teshiner(6)%20-formatado.pdf). Acesso em: 04 de jan de 2020.

TESHEINER, José Maria Rosa; THAMAY, Rennan Faria Krüger. **Teoria geral do processo em conformidade com o novo CPC**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

TOMAZELA, José Maria. Mãe luta na Justiça para obrigar filho a fazer tratamento que pode evitar morte: Jovem que mora em Trindade (GO) foi diagnosticado com doença renal crônica, já recusou transplantes duas vezes e tem de submeter-se à hemodiálise. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 16 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mae-luta-na-justica-para-obrigar-filho-a-fazer-tratamento-que-evita-sua-morte,70001667333> . Acesso em: 03 de mar de 2017.

TONIAL, Erisson Ronaldo. Antecipação de tutela e suas mudanças do atual ao novo Código de Processo Civil. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca**, v. 12, n. 2, 2017 . Disponível em: <https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/436/pdf>. Acesso em: 29 de dez de 2019.

TRIBUNA. “**Doutora Morte? A Medicina do banco dos réus**”. Disponível em : <http://tribunaregionaldalapa.com.br/2018/07/23/doutora-morte-a-medicina-do-banco-dos-reus/>. Acesso em: 10 de jan de 2020.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Paris: Unesco; 2005. Centro de Bioética do CREMESP Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=DiretrizesDeclaracoesIntegra&id=17> . Acesso em :29 de mar de 2020.

URUGUAI, **Código Penal** (1934). Disponível em:  
<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933>. Acesso em: 14 mar. 2018

URUGUAY. Ley nº 18.473, de 21 de abril de 2009. Voluntad Anticipada. Incorpora ao ordenamento jurídico e estabelece o alcance das diretivas antecipadas de vontade [Internet]. **Diário Oficial**. Montevideo, nº 27.714, 21 abr 2009. Disponível em:  
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/busqueda-documentos?=&Searchtext=18473&Chkleyes=1>, Acesso em: 23 jan 2019.

VALERA, Lúcio. Morte no Hinduísmo: transmigração e libertação. **Religare**. v.9, n.º2, 195-204, Dezembro de 2012. Disponível em:  
<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/religare/article/view/15877/9088>. Acesso em: 10 de abr de 2020.

VARELLA, Marcelo Dias; FONTES, Eliana; ROCHA, Fernando Galvão da. **Biossegurança & biodiversidade**: contexto científico e regulamentar. Belo Horizonte: Deyrey, 1999.

VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho; CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele. **A legislação brasileira e o idoso**. Disponível em:  
<https://pt.scribd.com/document/152653807/A-legislacao-brasileira-e-o-idoso>. Acesso em: 15 set de 2018.

VERNEZI, Pai Wagner. O suicídio na visão da Umbanda. **Templo de Umbanda Caridade é Amor**. Disponível em:  
<https://temploumbandacaridadeeamor.wordpress.com/umbanda/o-suicidio-na-visao-da-umbanda/>. Acesso em: 10 de abr de 2020.

VIEIRA, Mônica Silveira. **Eutanásia**: humanizando a visão jurídica. Curitiba: Juruá, 2009.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 61-83-, 2008. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533250006.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2019.

\_\_\_\_\_. Justiça, igualdade e equidade na alocação de recursos em saúde. **Revista Brasileira de Bioética** 2010;6 (1-4):29-52. Disponível em:  
<file:///C:/Users/DELL/Downloads/7827-Texto%20do%20artigo-13537-1-10-20180504.pdf>. Acesso em: 03 de mar de 2019.

VOS, Anton. En suisse, on ne retient plus son dernier souffle. **Campus- Le Magazine Scientifique de L'unige**. n. 125, jun 2016. Disponível em:  
<https://www.unige.ch/campus/numeros/125/recherche3/>. Acesso em: 21 de mar de 2020.

VINCENZI, Vanessa Salete; PROVIN, Alan Felipe. A responsabilidade civil do médico quando do descumprimento das diretivas antecipadas de vontade. **Revista Juris UniToledo**, Araçatuba, SP, v. 03, n. 04, p.03-24, out./dez. 2018.

YADAV, Kuldeep N; GABLER, Nicole B; COONEY, Elizabeth; KENT, Saida; KIM, Jennifer; HERBST, Nicole; MANTE, Adjoa; HALPERN, Scott D; COURTRIGHT, Katherine R. **Approximately one in three us adults completes any type of advance directive for end-of-life care**. Disponível em: [https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2017.0175?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=hlthaff](https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2017.0175?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=hlthaff). Acesso em: 22 de mar de 2020.

ZULLO, Silvia. Distinguish Patients in a Vegetative State from the Minimally Conscious state: moral and legal dilemmas. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 27, p. 13-27, enero 2013. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872013000100003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872013000100003&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 12 de abr de 2020.

**ANEXO A – MODELO DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE DE FULANO DE TAL,  
CONTEMPLANDO O TESTAMENTO VITAL E O MANDATO DURADOURO.

Eu, Fulando de tal, Portador(a) do documento de identificação nº XXXXXX, CPF n.º XXX.XXX.XXX-XX, nascido(a) na cidade de XXXXXX, em XX/XX/XXXX, residente e domiciliado na Rua/AV XXXXXXXX, n.º XXXXX, venho, de forma livre e consciente, por meio deste documento declarar e publicar minhas diretivas antecipadas de vontade, relativas ao tratamento e terapias que desejo receber se me encontrar incapaz mentalmente:

1. NÃO quero ser traqueostomizado(a), nem ser submetida a medidas de alimentação e hidratação artificiais (exemplo)
2. No caso de encontrar-me com doença sem chances de cura não desejo prolongar artificialmente minha vida, qualquer procedimento fútil, extraordinário e desproporcional devem ser evitados.
3. Não quero ficar em estado vegetativo persistente, (exemplo);
4. Não quero ser submetido(a) a reanimação cardiopulmonar, (exemplo);
5. Caso seja preciso me operar e tiver alguma chance de cura, ou de minimizar o sofrimento pelo qual eu esteja passando, autorizo a respectiva cirurgia, (exemplo);
6. Autorizo administração de fármacos sempre que sejam necessário para amenizar a dor e medidas paliativas, (exemplo);
7. Nomeio Cicrano de Tal, qualificação, para decidir sobre doação de meus órgãos e lacunas porventura existentes, (exemplo de mandato duradouro);
8. Caso Cicrano de Tal, não possa se manifestar, por morte ou incapacidade, nomeio Beltrano de Tal, qualificação, para tomar as decisões constantes no item 6 (substituto do Cicrano).

Teresina, 17 de junho de 2019

Assinatura do Declarante

Obs: Não há uma formatação própria para estabelecer suas DAVs, ela poderá ser à sua maneira, aconselha-se no entanto, que seja procurado um médico para informar sobre procedimentos e esclarecimento de dúvidas.



**ANEXO B – SÍNTESE CONCEITUAL**

|                                | EUTANÁSI<br>A   | SUICÍDIO<br>ASSISTIDO   | DISTANÁSI  | ORTOTANÁSI   |
|--------------------------------|---|---|--|--|
| DEFINI<br>ÇÕES                 | Comportam<br>ento que<br>antecipa a<br>morte do<br>paciente<br>terminal por<br>compaixão<br>em razão do<br>sofrimento<br>pelo qual<br>passa | Auxiliar o<br>paciente<br>terminal a pôr<br>fim a sua<br>própria vida,<br>premido por<br>compaixão<br>em razão do<br>sofrimento<br>pelo qual<br>passa | Prorrogar a<br>morte do<br>paciente<br>terminal a<br>qualquer<br>custo,<br>utilizando<br>meios fúteis<br>que não o<br>beneficiam         | Auxiliar o paciente<br>terminal no seu<br>processo natural de<br>morte, sem<br>antecipá-la, nem<br>prorroga-la.<br>Apresentando<br>cuidados paliativos<br>para seu melhor<br>conforto físico e<br>psíquico |
| PROCE<br>DIMEN<br>TO           | Utilização<br>de qualquer<br>meio,<br>especialme<br>nte,<br>fármacos,<br>injeções<br>letais   | Utilização de<br>meio que o<br>paciente<br>poderá<br>sozinho<br>empregar  | Especialment<br>e pela<br>utilização da<br>tecnologia, e<br>de aparelhos<br>que<br>mantenham a<br>vida da forma<br>artificial            | Cuidados paliativos  |
| LEGALI<br>DADE<br>NO<br>BRASIL | Considerad<br>a crime   | Considerado<br>crime  | Legislação é<br>omissa, mas<br>há ampla<br>prática sob o<br>argumento de<br>salvar o<br>paciente.<br>Ademais, o<br>brasileiro<br>prefere | Legislação é<br>omissa, contudo já<br>se conta com<br>recomendações<br>para tal prática<br>através da<br>Resoluções do<br>Ministério da Saúde<br>e do Conselho<br>Federal de Medicina                      |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | prolongar a vida, do que se submeter a cuidados paliativos |  |
|--|--|--|--|--|

**ANEXO C - QUADRO COMPARATIVO DOS INSTITUOS QUE ENVOLVEM A  
TERMINALIDADE DA VIA- PAÍSES SELECIONADOS**

|               | <u>EUTANÁSIA</u>                      | <u>SUICÍDIO</u><br><u>ASSISTIDO</u>          | <u>DISTANÁSI</u><br><u>A</u>  | <u>ORTOTANÁS</u><br><u>IA</u>  |
|---------------|---------------------------------------|--|---|--|
| <b>EUROPA</b> |                                       |  |   |  |
| HOLANDA       | Legalizada<br>a partir dos 12<br>anos | Legalizado                                   | Ocorre no<br>caso do<br>paciente<br>que tenha<br>perdido a<br>consciência<br>e não<br>possuía<br>morte<br>assistida<br>agendada<br>ou Diretivas<br>antecipada<br>s de<br>vontade<br>formulada | Há críticas em<br>relação a<br>deficiência de<br>cuidados<br>paliativos  |
| BÉLGICA       | Legalizada<br>Sem limite de<br>idade  | Não foi<br>expressamen<br>te<br>disciplinado | Determinad<br>a a crianças<br>que não<br>tenham<br>discernmen<br>to   | As<br>declarações<br>antecipadas<br>de vontade<br>devem ser<br>observadas.<br>Na ultima<br>reforma<br>legislativa<br>deixaram de<br>ter prazo de<br>validade |

|                         |   |   |  |  |
|-------------------------|---|---|--|--|
| LUXEMBURGO              | Legalizada<br>A partir de 18 anos                                 | Legalizado a partir de 18 anos                                    | Lei aprovada em 2009 repudia a obstinação terapêutica                                  | Lei aprovada em 2009 sobre cuidados paliativos, diretivas antecipadas e suporte para o fim de vida |
| SUIÇA                   | Não legalizado  | Descriminalizado para residentes e estrangeiros                   | Não há proibição, mas há uma tendência pela medicação abusiva para a dor               | As diretivas de vontade são acompanhadas de um cartão que pode ser colocado na bolsa               |
| PORTUGAL                | Aprovado pelo Parlamento, aguardando sanção ou veto do Presidente | O projeto aprovado pelo parlamento somente regulariza a eutanásia | O Código deontológico da Ordem dos Médicos repudia no art. 58 a obstinação terapêutica | Lei aprovada em 2012 sobre as diretivas antecipadas de vontade e o <u>testamento vital</u>         |
| <b>AMÉRICA DO NORTE</b> |   |   |  |  |
| CANADÁ                  | Legalizado<br>A partir de 18 anos                                 | Legalizado<br>A partir de 18 anos                                 | Permissão expressa pelo enfermo  | Permissão legislativa, para suspensão de   |

|   |   |                   |   |   |
|---|---|-------------------|---|---|
|   |   |                   |   | tratamento, desde que com a devida permissão do doente ou de seu representante legal. |
| ESTADOS UNIDOS - Oregon, Washington, Montana, Vermont | Não permitido                                   | Legalizado        | O novo modelo de assistência ao paciente terminal leva em conta a sua vontade | Primeiro país a legalizar as diretivas antecipadas de vontade                         |
| <b>AMERICA DO SUL</b>                                 |   |                   |   |   |
| COLÔMBIA  | Descriminalizada a partir dos 6 anos            | Não regulamentado | Imposta aos menores de 6 anos, aos incapazes e aos que estão em EVP           | Em 2014 aprovada lei para cuidados paliativos em pacientes terminais                  |
| URUGUAI   | Não legalizado, mas não punível pelo judiciário | Criminalizado     | Ocorre com quem não fez seu testamento vital e estiver inconscient e, salvo,  | Em 2009 foi instituído o testamento vital   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | solicitação<br>do cônjuge<br>ou<br>companheir<br>o, ou na sua<br>falta, de<br>familiar de<br>1º grau |  |
|--|--|--|--|--|

**ANEXO D- APLICAÇÃO ATUAL E FUTURA DAS DAVs**

| DIREITIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE | ATUALMENTE  | NO PLS 149/2018   | CRÍTICAS AO PROJETO  |
|-----------------------------------|---|---|--|
| NORMAS                            | Princípios Constitucionais Art. 15 do CC Resoluções do CFM Resolução do MS          | Princípios Constitucionais Art. 15 do CC Lei expressa Resoluções do CFM   | A possível aprovação e vigência de uma lei que trata expressamente sobre a DAV é uma conquista social                                      |
| DESTINATÁRIOS                     | Paciente que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. | Pessoa em fase terminal de doença ou acometida de grave e irreversível dano à saúde: pessoa em estágio avançado de doença incurável e progressiva ou vítima de grave e irreversível dano à saúde, cujo prognóstico, em ambos os casos, seja de morte iminente e para a qual, de acordo com a melhor | Para todas as pessoas, para as que encontram-se fora de possibilidades terapêuticas, mas que poderão estar e para as que não se encontram. |

|                              |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|
|                              |  | evidência científica, não exista perspectiva de melhora do quadro clínico mediante a instituição de procedimentos terapêuticos;                 |   |
| CAPACIDADE DOS DESTINATÁRIOS | Pessoas maiores e capazes, ou emancipados civilmente | Pessoas maiores e capazes.<br>Entre os 16 anos e 18 anos poderá judicializar para validar sua DAV<br>É omissa quanto aos emancipados civilmente | Pessoas maiores e capazes que tenham discernimento sobre o ônus da sua vontade<br>Emancipados civilmente, que tenham discernimento sobre o ônus da sua vontade<br>Aos menores de 18 anos, que não tenham sido emancipados, que tenham discernimento sobre o ônus da sua vontade, de forma judicializada |



|                |                                     |   |  |
|----------------|-------------------------------------|---|--|
| FORMALIDADE    | Não formal                          | Por escritura pública<br>Ou por instrumento particular, na presença de 2 testemunhas e existência de DAV no REVID | Além das destacadas no projeto, outra possibilidade: realizada no momento de internação médica, para constar no prontuário ou informar da existência de DAV no REVID |
| VALIDADE       | A depender do judiciário            | As DAVs feitas antes da lei em vigor deverão se amoldar à legislação  | As DAVs escritas antes da vigência da lei devem ser validadas e as que forem confeccionadas depois, de acordo com legislação vigente                                 |
| REVOGABILIDADE | A qualquer tempo<br>Escrita ou oral | A qualquer tempo.<br>Escrita ou oral  | A qualquer tempo<br>Escrita ou oral, contudo se for oral, perante 2 testemunhas  |

|                        |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|
| RESPONSABILIDADE PENAL | Poderá responder por eutanásia passiva              | Não responde criminalmente se realizou a vontade do paciente, dentro dos limites da lei   | Não responde criminalmente se realizou a vontade do paciente, dentro dos limites da lei |
| RESPONSABILIDADE CIVIL | Quando houver imprudência, imperícia ou negligência | Dever de observância das DAVs, exceto: a) quando estiverem em desacordo com CEM, b) em situações de urgência ou de perigo imediato para a vida do paciente, e a demora do acesso a DAV implicar demora no atendimento e, consequentemente, risco para a saúde ou a vida do declarante, C) quando as DAVs estiverem em evidente desatualização diante do progresso dos meios terapêuticos. | Concorda-se com o projeto   |

|                                      |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|
| RELAÇÃO<br>MÉDICO-<br>PACIENTE       | Ainda há<br>resquício de<br>paternalismo | Autoridade do<br>paciente e a ser<br>respeitada sua<br>autodeterminação  | Compartilhamen<br>to de<br>responsabilidad<br>es com<br>autonomia da<br>vontade do<br>paciente |
| PROCURADOR P<br>MANDATO<br>DURADOURO | Qualquer<br>pessoa                       | Não poderá ser<br>ninguém da<br>equipe médica,<br>nem que auxiliou<br>nas DAVs, nem<br>herdeiros,<br>legatários ou que<br>seja de alguma<br>forma beneficiário<br>economicamente<br>seja com o<br>prolongamento da<br>morte ou não | Qualquer<br>pessoa da<br>confiança do<br>outorgante, com<br>vínculos afetivos<br>ou não        |

**ANEXO E- CARTILHA DE LUXEMBURGO**



# MA VOLONTÉ EN FIN DE VIE



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé

Direction de la santé



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Famille, de l'Intégration  
et à la Grande Région





# PRÉFACE

## LA FIN DE VIE : ET SI ON EN PARLAIT ?

La fin de notre vie est une période particulière. La mort est avant tout un sujet personnel et en parler fait naître toutes sortes de sentiments : la peur, l'incertitude, la tristesse, la colère mais aussi éventuellement un soulagement. Cependant, parler ouvertement de sa fin de vie devient de plus en plus fréquent dans notre société. Les personnes concernées souhaitent décider elles-mêmes de ce que sera leur fin de vie et beaucoup ont une approche très individuelle face à leurs derniers moments.

Le Gouvernement accueille favorablement cette évolution et souhaite permettre à tout citoyen de prendre librement les dispositions qui lui conviennent au mieux pour ce moment inévitable. Dans cet esprit de libre choix, la présente brochure vise à informer de façon impartiale les citoyens sur les lois encadrant la fin de vie et les options qui sont à leur disposition.

Dans l'objectif de faire respecter la volonté d'une personne en fin de vie, même si elle ne peut plus s'exprimer, une partie de la brochure est constituée de formulaires de « directive anticipée » et de « disposition de fin de vie », qui pourront être utilisés par le citoyen afin de documenter ses choix. Tout patient peut remplir à la fois une directive anticipée et des dispositions de fin de vie.

La présente brochure sera diffusée largement, notamment auprès des professionnels de la santé et dans les institutions de séjours et de soins, et sera également disponible en version électronique sur les sites web de nos ministères.



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a period.

**Corinne CAHEN**  
Ministre de la Famille et de l'Intégration  
Ministre à la Grande Région



A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'E' followed by a horizontal line.

**Étienne Schneider**  
Vice-Premier Ministre  
Ministre de la Santé



A full-page background image of a dense, misty forest. A dirt path leads from the bottom center towards the middle ground, flanked by lush green ferns and other vegetation. Large, moss-covered tree trunks and branches frame the path, with sunlight filtering through the dense canopy in the background, creating a hazy, ethereal atmosphere.

# INTRODUCTION



Chacun, à tout âge, malade ou bien portant, s'interroge sur sa fin de vie et souhaite garder le pouvoir d'en décider.

Le Luxembourg, par son appareil législatif, vous donne la possibilité d'exprimer votre volonté, en participant activement, en pleine conscience à votre prise en charge, et en consignant vos souhaits concernant les traitements que vous souhaiteriez recevoir en rédigeant une directive anticipée (concernant les soins palliatifs) et/ou des dispositions de fin de vie, au cas où vous ne seriez plus capable de communiquer (perte de conscience suite à une maladie ou un accident, démence).

## LA FIN DE VIE EST ENCADRÉE PAR 3 LOIS :

- 1. La loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.**
- 2. La loi du 16 mars 2009 relative à l'euthanasie, au suicide assisté et aux dispositions de fin de vie.**
- 3. La loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations des patients.**

Afin de comprendre les situations dans lesquelles une directive anticipée ou des dispositions de fin de vie prennent effet, il est important de faire la distinction entre 2 situations de fin de vie possibles :

1. Si vous êtes conscient, vous pouvez exprimer vos choix à ce moment-là. Votre volonté prime sur la directive anticipée ou les dispositions de fin de vie.
2. Vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, vous êtes inconscient ou incapable (dément) : s'il existe une directive anticipée et/ou des dispositions de fin de vie, vos volontés y consignées doivent être respectées selon les modalités de la loi.

Dans chacune des lois, il est question d'une personne de confiance. La personne de confiance, désignée par le patient, est la personne qui prend les décisions au nom d'une personne incapable de le faire. Elle doit connaître les préférences, les valeurs et les croyances de la personne dont elle est le porte-parole. Elle devra prendre des décisions qui reposent sur les souhaits les plus récents exprimés par la personne au moment où elle était jugée apte à le faire. Il faut bien choisir sa personne de confiance, qui doit naturellement donner son accord pour assumer cette tâche.

## IDÉALEMENT, VOTRE CHOIX SE PORTERA SUR UNE PERSONNE DE CONFIANCE QUI :

- est majeure (obligation légale concernant les dispositions de fin de vie) ;
- est en mesure d'être à vos côtés si nécessaire ;
- est prête à discuter avec vous des décisions à prendre dans le futur et qui est réellement à l'écoute de vos souhaits ;
- est prête à parler en votre nom ;
- est en mesure d'agir selon vos souhaits ;
- assume la responsabilité d'une telle tâche ;
- vous connaît bien et comprend ce qui est important pour vous ;
- sera capable, en temps voulu, de gérer les éventuels conflits entre les membres de la famille, les proches et le personnel médical ;
- sera un ardent défenseur de votre volonté face aux médecins et aux institutions.

La fin de vie est un passage inexorable, y réfléchir permet de faire respecter votre volonté, en parler à vos proches leur épargnera la souffrance supplémentaire du choix le moment venu.

Cette brochure vous présente tous les documents vous permettant de guider votre réflexion et l'expression de vos souhaits.

Vous restez libre à tout moment de modifier vos souhaits et de rédiger de nouveaux documents.





# DIRECTIVE ANTICIPÉE



## PRÉAMBULE

La loi prévoit ce qui peut être réglé par une directive anticipée. Il s'agit :

- des conditions du traitement ;
- de la limitation du traitement ;
- de l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur ;
- de l'accompagnement psychologique et spirituel.

Votre directive anticipée est applicable si les deux conditions suivantes sont remplies :

- vous vous trouvez en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ; et
- vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté.

**Tant que vous pouvez vous exprimer, c'est votre volonté directement exprimée qui compte.**

Avant de compléter ce document, il est recommandé de vous entretenir d'abord avec votre personne de confiance, vos proches et votre médecin traitant.

D'après les dispositions de la loi, vous pouvez prétendre :

- au soulagement de la souffrance physique et psychique, par exemple les douleurs, les problèmes respiratoires, l'agitation, l'angoisse, la soif, etc. ;
- au respect de vos souhaits concernant un éventuel accompagnement psychologique et spirituel ;
- à la prise en compte des éléments apportés par votre personne de confiance dans toutes les décisions à prendre.

# FORMULAIRE DE DIRECTIVE ANTICIPÉE

NOM ET PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

MATRICULE : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

TÉL. / GSM : .....

E-MAIL : .....

Pour le cas où je me trouverais dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et que je sois dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, j'ai rédigé ma directive anticipée, qui selon la loi est à prendre en compte par le médecin traitant.

Je désire que toutes les décisions soient prises d'après ma directive anticipée et/ou, le cas échéant, en accord avec ma personne de confiance.

## PERSONNE DE CONFIANCE

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous :

- à exprimer ma volonté concernant les décisions relatives aux soins et aux traitements, et
- à donner en mon nom le consentement aux mesures proposées.

NOM ET PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TÉL. / GSM : .....

E-MAIL : .....

J'autorise les médecins et le personnel soignant à fournir à ma personne de confiance, pour ce faire, toutes les informations indispensables.

- (1) Je demande d'arrêter les examens et traitements au cas où ces derniers n'apporteraient ni soulagement, ni amélioration de mon état, ni espoir de guérison et ne feraient que retarder ma mort sans pour autant pouvoir arrêter le cours de la maladie.

*Ceci inclut le cas spécifique du coma irréversible, c'est-à-dire le cas où mon cerveau serait gravement et durablement lésé par un accident ou par la maladie, entraînant une perte de la conscience qui serait selon toute vraisemblance irréversible.*

☐ oui ☐ non

- (2) En accord avec ma décision sous 1), je demande à ce que mon médecin n'effectue pas les traitements et mesures suivants, s'ils n'amènent pas d'amélioration de mon état ou d'espoir de guérison et ne font que retarder ma mort.

**Les traitements / mesures suivants ne sont plus à mettre en œuvre :**

- respiration / ventilation artificielle ;
- alimentation artificielle ;
- hydratation artificielle ;
- tous les médicaments qui ne contribuent plus à ma qualité de vie ;
- dialyse ;
- traitement à l'hôpital ;
- autres .....

(3) Remarques supplémentaires : .....

.....

(4) Pour les soins et l'accompagnement en fin de vie, je souhaite :

- a) Concernant l'équipe soignante, pour les soins corporels et mon bien-être :  
(par exemple : position au lit / au fauteuil, massages, huiles essentielles, musique, aliments / boissons préférées...)

.....

.....

.....

- b) Concernant l'accompagnement :  
famille / proches, psychologique, spirituel / religieux, bénévoles, autre  
(prière de donner des informations précises)

.....

.....

.....

## UNE COPIE DE CETTE DIRECTIVE ANTICIPÉE A ÉTÉ TRANSMISE À :

### 1. Ma personne de confiance

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

.....

**TÉL. / GSM :** .....

**E-MAIL :** .....

**2. Médecin traitant****NOM ET PRÉNOM :** .....**ADRESSE :** .....

.....

**TÉL. / GSM :** .....**E-MAIL :** .....**3. Dossier médical** (p. ex. : dossier de soins partagés, CIPA, hôpital, etc.)

.....

.....

**4. Autre(s) personne(s)****NOM ET PRÉNOM :** .....**ADRESSE :** .....

.....

**TÉL. / GSM :** .....**E-MAIL :** .....

Suite à la rédaction de ma directive anticipée, j'ai également réfléchi à d'autres points qui m'importent.

# SOUHAITS CONCERNANT MON CORPS APRÈS LA MORT

## Don d'organes

- ☐ Je n'autorise aucun prélèvement d'organes en vue d'une transplantation.
- ☐ J'autorise le prélèvement d'organes en vue d'une transplantation, à l'exception du/des organe/s suivant/s :

.....

.....

## Après ma mort, je souhaite :

- ☐ être enterré(e) .....
- ☐ être incinéré(e) .....
- ☐ mes cendres seront .....

## Autres souhaits en relation avec les obsèques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par la présente, je certifie que cette directive anticipée correspond à l'expression de ma volonté libre et éclairée et que j'ai rédigé cette directive après mûre réflexion.

Fait en ..... exemplaires

....., le .....

Lieu / date

.....

Nom et prénom

Signature

SI VOUS ÊTES DANS L'IMPOSSIBILITÉ PHYSIQUE DE RÉDIGER / SIGNER  
CE DOCUMENT VOUS-MÊME, VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ  
QU'UNE DE DEUX PERSONNES DE VOTRE CHOIX RETRANSCRIVE  
CE QUE VOUS LUI DICTEZ, LES DEUX SIGNANT COMME TÉMOINS

Nous soussigné(e)s, témoins en vertu de l'article 5 (2) de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, attestons que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

**MADAME / MONSIEUR :** .....

qui est dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même sa directive anticipée.

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

.....  
Date

.....  

Signature



## EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Après avoir rédigé, daté et signé votre directive anticipée

- gardez l'original chez vous à un endroit facilement accessible
- donnez une copie
  - à votre personne de confiance
  - à votre médecin traitant
  - au personnel du CIPA, de l'hôpital, etc. (le cas échéant)
  - à une tierce personne
- enregistrez une copie, si vous le désirez, dans votre dossier de soins partagés

## RENOUVELLEMENT :

La durée de validité de la directive anticipée n'est pas fixée par la loi et est donc valable jusqu'à sa modification ou son abrogation. Néanmoins, nous vous recommandons de revoir la directive anticipée tous les 5 ans et de la confirmer ou de la modifier selon vos choix.

## QUESTIONS ET RÉPONSES AUTOUR DE LA DIRECTIVE ANTICIPÉE

### 1. Qu'est-ce qu'on entend par « soins palliatifs » ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques, spirituels et sociaux de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils incluent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. À cette fin, des professionnels de différentes disciplines collaborent étroitement : médecins, infirmiers et aide-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux et autres. La volonté de la personne malade est respectée dans toutes les décisions du traitement.

Les soins palliatifs consistent en une prise en charge globale de la personne malade.

### 2. Où sont offerts les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont dispensés à domicile, à l'hôpital, au Haus Omega – centre de soins palliatifs – et en institution pour personnes âgées.

### 3. Qui a droit aux soins palliatifs ?

Toute personne en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause, a un droit légal aux soins palliatifs.

### 4. Qui prend en charge les coûts des soins palliatifs ?

Les coûts des soins palliatifs sont pris en charge par la Caisse Nationale de Santé (CNS) sur demande du médecin traitant (« carnet de soins » de la personne soignée en fin de vie).

### 5. Congé d'accompagnement

Saviez-vous que selon la loi vous avez droit à un « congé d'accompagnement » pour rester auprès d'une personne mourante de votre famille proche ?

Vous avez droit à 5 jours (maximum 40 heures) par an et par personne en fin de vie, qui peuvent être répartis selon les besoins des proches.

Vous trouvez les formulaires de demande pour ce congé sous [www.cns.lu](http://www.cns.lu), tél. 27 57-1.

**Informations supplémentaires : voir à la fin de ce document.**

A photograph of a dense forest of tall evergreen trees, likely spruce or fir, with a thick layer of mist or fog hanging between the trees. The scene is captured from a low angle, looking up at the towering trees. A semi-transparent blue horizontal band is overlaid across the middle of the image, containing the title text in white. The overall mood is serene and somewhat somber, fitting the theme of end-of-life arrangements.

# DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

# DISPOSITIONS DE FIN DE VIE POUR UNE PERSONNE MAJEURE CAPABLE DE RÉDIGER, DATER ET SIGNER LE DOCUMENT

Conformément à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

Les dispositions de fin de vie sont une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Elles doivent être envoyées à l'adresse indiquée ci-après.

**Commission Nationale de Contrôle  
et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009  
sur l'euthanasie et l'assistance au suicide  
Ministère de la Santé  
L-2935 Luxembourg**

Les dispositions de fin de vie doivent être enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Les dispositions peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

# FORMULAIRE DES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

## RUBRIQUE I. DONNÉES OBLIGATOIRES

Mes données personnelles sont les suivantes :

**NOM, PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**MATRICULE :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

Facultatif :

**GSM :** .....

**ADRESSE E-MAIL :** .....

Pour le cas où je ne peux plus manifester ma volonté, je consigne par écrit dans ces dispositions de fin de vie que je désire subir une euthanasie, si mon médecin constate :

*que je suis atteint(e) d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,  
que je suis inconscient(e) et  
que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.*

Remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie :

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Je souhaite que ces dispositions de fin de vie soient respectées.

Date et signature du requérant :

.....  
Date

Signature du requérant

## DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**MATRICULE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**LIEN DE PARENTÉ ÉVENTUEL :** .....

☐ oui    ☐ non

B. Dispositions (facultatives) quant au mode de sépulture et à la cérémonie des funérailles



Si vous êtes dans l'impossibilité physique de rédiger et de signer ce document vous-même, vous avez la possibilité qu'une personne de votre choix retranscrive ce que vous lui dictez, en présence de deux témoins. Les témoins et votre personne de confiance signent le document. Les raisons pour lesquelles vous étiez dans l'impossibilité de rédiger et de signer les dispositions vous-même doivent être décrites dans le document et attestées par un médecin.

Nous soussigné(e)s, témoins en vertu de l'article 4( 2) de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, attestons que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

**MADAME / MONSIEUR :** .....

qui est, pour les raisons suivantes, dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même ses dispositions de fin de vie.

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :** .....

.....  
Date

Signature

## EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Après avoir rédigé, daté et signé vos dispositions de fin de vie

- Faites-les enregistrer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation afin qu'elles soient valides.
- Gardez une copie des dispositions de fin de vie et la lettre d'enregistrement de la Commission de Contrôle chez vous.
- Donnez une copie des dispositions de fin de vie et de la lettre d'enregistrement :
  - à votre personne de confiance ;
  - à votre médecin traitant ;
  - au personnel du CIPA, de l'hôpital, etc. (le cas échéant) ;
  - à une tierce personne.
- Enregistrez une copie, si vous le désirez, dans votre dossier de soins partagés.

Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander tous les 5 ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

Si vous exprimez d'autres volontés en-dehors des dispositions de fin de vie dans le formulaire, celles-ci ne sont pas couvertes par la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ces volontés, tout en étant légales et valables, ne peuvent donc pas être enregistrées auprès de la Commission. Ces volontés font partie de la directive anticipée ou des souhaits personnels. Par conséquent, nous vous recommandons d'informer vos personnes de confiance et vos proches de l'existence et de la teneur de ce document, d'en remettre une copie à votre médecin traitant et, le cas échéant, aux responsables de l'institution qui vous prend en charge, hôpital ou centre intégré pour personnes âgées par exemple.

## QUESTIONS ET RÉPONSES AUTOUR DES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

### 1. Qu'est-ce qu'on entend par « euthanasie » ?

L'euthanasie est l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Le patient peut demander une euthanasie ou une assistance au suicide, et le médecin peut y répondre sans être sanctionné pénalement ou subir une action civile en dommages-intérêts, si les conditions de fond définies par la loi sont remplies.

### 2. Est-il conseillé de rédiger une directive anticipée si j'ai fait enregistrer mes dispositions de fin de vie ?

Oui. Pour le cas où vous ne serez plus en mesure de vous exprimer, vous pouvez y régler une multitude de situations et de souhaits qui ne sont pas couverts par les dispositions de fin de vie. Comme indiqué ci-devant, si vous exprimez d'autres volontés en-dehors de la demande anticipée d'euthanasie sur le formulaire des dispositions de fin de vie, celles-ci ne seront pas enregistrées par la Commission de Contrôle. Pour être sûr qu'elles soient prises en compte, il vaut mieux rédiger une directive anticipée et en informer votre personne de confiance, votre médecin et, le cas échéant, le personnel du CIPA, de l'hôpital, etc.

### 3. Congé d'accompagnement

Saviez-vous que selon la loi vous avez droit à un « congé d'accompagnement » pour rester auprès d'une personne mourante de votre famille proche ?

Vous avez droit à 5 jours (maximum 40 heures) par an et par personne en fin de vie, qui peuvent être répartis selon les besoins des proches.

Vous trouvez les formulaires de demande pour ce congé sous [www.cns.lu](http://www.cns.lu), tél. 27 57-1.

**Informations supplémentaires : voir à la fin de ce document.**



## CONCLUSIONS

Votre directive anticipée et vos dispositions de fin de vie sont des documents dont le but est de respecter votre volonté au cas où vous n'êtes plus en mesure de vous exprimer. Il est important de savoir que tant que vous êtes conscient et capable d'exprimer vos désirs, c'est l'expression de votre volonté qui prime sur votre directive anticipée et vos dispositions de fin de vie.

La directive anticipée est un document dont la valeur juridique est similaire à un testament olographe. Il suffit de l'écrire, de le signer pour qu'il ait valeur légale. Par contre, pour avoir valeur légale, les dispositions de fin de vie doivent être enregistrées auprès de la Commission de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

# CONSULTATIONS EN RELATION AVEC LA FIN DE VIE

## VOTRE MÉDECIN TRAITANT

**Mäi Wëllen, Mäi Wee** - association pour le droit de mourir dans la dignité Lëtzebuerg

[www.mwmw.lu](http://www.mwmw.lu)

secretaire@mwmw.lu - Tél.: 26 59 04 82

Service consultation : info@mwmw.lu - 621 306406

### **Omega 90**

138, rue Adolphe Fischer

L-1521 Luxembourg

Tél.: 29 77 89 1

E-mail : info@omega90.lu

[www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)

### **Fondation Cancer**

209, route d'Arlon

L-1150 Luxembourg

Tél. : 45 30 33 1

E-mail : fondation@cancer.lu

[www.cancer.lu](http://www.cancer.lu)

## INFORMATIONS

### **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**

Ministère de la Santé

Allée Marconi/Villa Louvigny

L-2120 Luxembourg

M. Raoul FRANCK (Secrétaire)

Tél.: 247-85626

E-mail: cnce.euthanasie@ms.etat.lu

### **Patienteverriedung**

1b, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

Tél.: 49 14 57-1

Fax.: 49 14 58

[www.patienteverriedung.lu](http://www.patienteverriedung.lu)

### **Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé**

73, rue Adolphe Fischer (4<sup>e</sup> étage)

L-1520 Luxembourg

Tél.: 24 77 55 15

info@mediateursante.lu

[www.mediateursante.lu](http://www.mediateursante.lu)

**Vous pouvez également consulter le Guide des soins palliatifs  
et le guide « L'Euthanasie et l'assistance au suicide » sur [www.sante.lu](http://www.sante.lu)**





